


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
LVX
FIAT
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

N° 41

ARCHIV
FÜR
PSYCHIATRIE
UND
NERVENKRANKHEITEN.

IN VERBINDUNG MIT

DR. L. MEYER, PROFESSOR DER PSYCHIATRIE AN DER UNIVERSITÄT GÖTTINGEN, UND DR. C. WESTPHAL, PRIVATDOCENTEN AN DER UNIVERSITÄT BERLIN,

HERAUSGEGEBEN

VON

DR. W. GRIESINGER,

K. PR. GEHEIMEN MEDICINAL-RATHE, O. Ö. PROFESSOR AN DER K. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT, DIRIGIRENDEM ARZTE AN DEN ABTHEILUNGEN FÜR GEMÜTHSKRANKHEITEN UND FÜR NERVENKRANKHEITEN DER K. CHARITÉ ZU BERLIN, MITGLIEDE DER K. WISSENSCHAFTLICHEN DEPUTATION FÜR DAS MEDICINALWESEN ETC. ETC.

I. BAND.

MIT 10 LITHOGRAPHIRTEN TAFELN.

BERLIN, 1868—69.

VERLAG VON AUGUST HIRSCHWALD.

68. UNTER DEN LINDEN.

Druck von G. Bernstein in Berlin.

Inhalt.



Vorwort.

In der Psychiatrie und in ihrem Verhältnisse zur übrigen Medicin hat die Zeit einen Umschwung gebracht, der die Gründung eines neuen publicistischen Organes rechtfertigt.

Dieser Umschwung beruht vorzüglich auf der Erkenntniss, dass die sogen. „Geisteskranken“ Hirn- und Nerven-kranke Individuen sind, an denen uns ganz dieselben ärztlichen Aufgaben obliegen, wie bei allen übrigen Nervenkranken. — Nicht etwa zwei eng verbundene Gebiete sind die Psychiatrie und die Neuropathologie, sondern es ist ein Gebiet, wo Alles eine Sprache spricht und von denselben Gesetzen regiert wird. Beide sind nur in der innigsten Gemeinschaft mit Erfolg zu bearbeiten; mit dieser Erkenntniss ist die Zeit gekommen, wo die Psychiatrie wissenschaftlich aus der Sonderstellung eines befangenen Specialismus, praktisch aus einer abgeschlossenen Zunftstellung heraustreten, wo sie wirklich Theil und Eigenthum der gesamten Medicin und aller ärztlichen Kreise werden kann.

Wenn dies bis jetzt nicht so war, wenn über die Psychiatrie, ihren Inhalt, selbst über die Fragen, mit denen sie sich beschäftigt, unter dem grossen ärztlichen Publikum zum Theil noch die sonderbarsten Ansichten herrschen, wenn dieses kleine Wissensgebiet noch etwas fremdartig neben dem Ganzen steht, so rührte dies vor Allem von seiner specialistischen Umgrenzung und Abschliessung her. Innerhalb dieser hat sich zum Theil noch bis in die neueste Zeit eine Behandlung des Stoffes möglich gemacht, wie sie längst in keinem anderen Gebiete der Medicin mehr gestattet ist; der Medicin ganz fremde, sogen. philosophische Fragen konnten in den Vordergrund gestellt, Krankenhaus-Verhältnisse und Verwaltungs-Angelegenheiten konnten zu Hauptsachen

gemacht, und — es ist kein Zweifel — die eigentlichen ärztlichen, d. h. diagnostischen und therapeutischen Angelegenheiten manchmal verabsäumt werden.

Weil sie so dem gewöhnlichen ärztlichen Denken und Handeln in vielen Beziehungen ferne steht, erscheint die Psychiatrie dem Praktiker so schwierig. Er hat Recht, sie ist schwierig, vielleicht der schwierigste Theil der Medicin, — schwieriger glaube ich, als es manche Irrenärzte selbst wissen — aber so oft werden diese Schwierigkeiten am unrechten Orte gesucht. Nicht darin liegen sie, dass man zu ihrem Studium etwa metaphysischer Kenntnisse bedürfte, dass philosophische Fragen in ihr debattirt würden, oder dass die künstlichen Gestaltungen des Anstaltswesens, die dem Uneingeweihten nur aus der Ferne imponiren, den Lernenden am meisten zu beschäftigen hätten; die Hauptschwierigkeit für den Arzt liegt darin, dass die Krankheitszustände in den Nervenapparaten, an denen Alle, welche irre reden, streben oder handeln, ohne Ausnahme leiden, bis jetzt noch so wenig gekannt sind. Dieselben sollen diagnosticirt werden wie andere Nervenkrankheiten, und doch kann diese Aufgabe heut zu Tage mehr geahnt und in allerersten Angriff genommen als gelöst werden. Wenn man sieht, mit welchen Diagnosen man sich bei den Geisteskranken so oft noch begnügen muss, aber wie Wenige auch nur das Bedürfniss empfinden, über diesen dürftigen und beschränkten Standpunkt hinauszukommen, so wird man den Augenblick herbeisehnen, wo wenigstens das, was in der übrigen Neuropathologie in diagnostischer Hinsicht geleistet werden kann, auch den psychisch gestörten Nervenkranken zu Gute kommt.

In den Irren-Anstalten ist nur ein Theil dieser psychisch gestörten Nervenkranken, und diese zum Theil, ja grossentheils nur auf ihrer extremen Höhe, oft auch nur in ihren Endstadien und Residuen beisammen. Diese vorzüglich gelten als die „Irren“ und werden von Manchen wie eine besondere Krankheits-, ja wie eine besondere Menschenklasse betrachtet. Und doch finden sich in den gewöhnlichen Krankenhäusern, in der gewöhnlichen Privatpraxis, ja in der Welt der Gesunden Tausende Nerven-leidender Individuen, deren geistige und gemüthliche Reactionen schon sehr verändert sind und deren Zustände durch zahllose, unfassbare Mittelstufen in die eigentlichen Geisteskrankheiten übergehen. Je mehr man solches beobachtet, um so deutlicher wird es, wie künstlich die herkömmliche Trennung der „Psychosen“ von den übrigen Nervenkrankheiten ist, wie gleichgültig es in so vielen Fällen ist, ob man ein Individuum schon Gemüths-krank

oder nur Nerven-krank nennen will, von wie geringer Tiefe also der ganze Begriff der Geisteskrankheit ist.

Es wird hier nicht am unrechten Orte sein, einige Andeutungen über die häufigsten neuropathischen Zustände zu geben, die nach meiner Auffassung uns bei den sogen. „Geisteskranken" vorliegen. Es lassen sich diese Zustände zur Uebersicht in einige grosse Hauptgruppen oder Klassen eintheilen.

Eine ungemein grosse Zahl dieser neuropathischen Zustände lässt sich bis jetzt pathologisch-anatomisch gar nicht und auch symptomatisch nicht kurz und prägnant bezeichnen, sie sind mehr pathogenetisch oder doch ätiologisch bekannt: man kann sie als constitutionelle Neuropathieen bezeichnen. Damit sind nicht etwa Nervenkrankheiten gemeint, die auf constitutionellen Dyscrasieen, z. B. auf Syphilis oder dergl. beruhen, sondern es gibt eine Constitution in Bezug auf die Functionirung der Nervenapparate, wie es eine Constitution in Bezug auf die Ernährungsvorgänge gibt und es lässt sich weder für die eine noch für die andere ein bestimmtes anatomisches Einzelmerkmal angeben.

Habituell, lange Zeiten hindurch, oft ihr ganzes Leben lang, functioniren die Nervenapparate dieser Individuen nicht wie bei der ungeheuern Mehrzahl der Gesunden; die allgemeinen Bezeichnungen der Nervenschwäche, der Reizbarkeit und leichten Erschöpfung geben nur eine höchst unvollkommene Idee von der immensen Mannigfaltigkeit der Erscheinungen. Dieser constitutionelle Zustand kann durch ungünstige Einflüsse im Laufe des Lebens erworben, durch vorausgegangene andere Krankheiten neu entstanden sein; viel häufiger ist er schon ein angeborener, so oft ein von den Erzeugern übertragener und von der ganzen Familie getheilter. Wechselnd treten bei diesen Individuen die Symptome bald mehr auf sensitivem, bald mehr auf motorischem, bald mehr auf psychischem Gebiete, nicht selten auf zweien oder auf allen dreien zugleich hervor. Zahllose Fälle von Nervenkrankheiten aller Art, Neuralgieen, Hysterie, Epilepsie, mancherlei Krampf- und Lähmungsformen gehören zu diesen constitutionellen und hereditär begründeten Zuständen, zahllos auch sind die Menschen, bei denen aus derselben Begründung leichte, nur für den Sachkenner in ihrer wahren Bedeutung verständliche psychische Anomalieen bestehen, die in der Welt höchstens für Sonderlinge, Hypochondristen, curiose Individuen, für comische Figuren, oder gar. — für Genies gelten. Man sehe sich die Eltern und Geschwister dieser Menschen an, man beachte die „Behaftungs"-Zeichen, die ihr ganzer Körperbau bietet, ihre Schädel-

formen, ihre Physiognomie, ihre Augen und Ohren, ihre ungleichen Facialis-Wirkungen u. s. f., man berücksichtige ihre zahllosen abnormen Sensationen, ihre Migränen, Schwindelanfälle, abnorme Sexualfunctionen, ihre ganz abweichenden Reactionen gegen hygieinische, medicamentöse, selbst gegen Witterungseinflüsse — und man wird das tief Begründete, das weit Verbreitete und innerlich Angelegte im neuropathischen Zustand dieser Individuen erkennen und bei allen scheinbar noch so accidentellen Erkrankungen die bestehende constitutionelle Basis hoch anschlagen.

Diese Menschen liefern ein ungeheures Contingent in die Irrenanstalten. Sie erliegen leicht äusseren Eindrücken, die Stürme des Lebens und die Täuschungen der Welt, Verluste geliebter Angehöriger, erschütternde Ereignisse jeder Art wirken zerrüttend auf ihre psychische Organisation, die Entwickelungs- und grossen Functionsepochen, die von dem Sexualleben ausgehen, die Pubertät, die Ehe, die Schwangerschaft, die Geburt, die Involution werden für sie in einer ganz eigenthümlichen Weise kritisch, man spricht dann von einem sexualen, puerperalen, climacterischen etc. Irresein, man spricht von „periodischer Manie“ und dergl.; aber ganz in derselben Weise und gleich bedingt treten bei derlei Individuen auch Anästhesieen und Neuralgieen, auch Lähmungen und Krämpfe der verschiedensten Gestaltung auf; sie beruhen ebenso wenig auf palpabeln Veränderungen und werden ebenso wenig verstanden, wenn das constitutionelle Element in der Auffassung dieser Fälle unbeachtet bleibt. Am richtigsten aber wird der diese für die Psychiatrie so unendlich wichtigen Zustände zu beurtheilen vermögen, der nicht nur die psychisch Leidenden dieser Art auch in ihren leichten Störungen ausserhalb des Irrenhauses beobachtet, sondern auch ihre Leidensgenossen, die auf derselben Basis anderweitig Nervenkranken häufig zum Gegenstand seines Studiums machen kann.

Eine total andere pathologische Stellung nehmen viele Nervenkrankheiten mit psychischen Symptomen ein, die als Localleiden mit bestimmter anatomischer Grundlage zu erkennen sind. Hierher gehören die Fälle der sogen. „gewöhnlichen Hirnkrankheiten“ mit Stumpfheit oder Aberration des Geistes, die Tumoren, die Folgen apoplectischer oder embolischer Vorgänge, die grosse Gruppe der senilen, mehr oder weniger mit Gefässerkrankung zusammenhängenden Hirn-Veränderungen u. s. w.. Ueber diese leicht verständlichen Zustände bedarf es keiner weiteren Worte. — Aber zu dieser grossen Gruppe gehört nach dem Stande unserer heutigen Kenntniss auch das grosse Gebiet,

das unter dem Namen der paralytischen Geisteskrankheit zusammengefasst wird. Bei allen diesen Kranken bestehen palpable Krankheitsprozesse in den Centralorganen, oft von entschieden progressivem Charakter; motorische Schwächezustände, Zittern, Lähmungen etc. fehlen selten; bei ihrer Entstehung spielt das hereditäre Element eine viel geringere Rolle, zufällige, auf die Nervenapparate wirkende Ursachen eine grössere; mit allen organischen Krankheiten der Centralapparate theilen sie die traurige Prognose; bedarf es noch einer Beweisführung, dass ihre Erkenntniss einseitig und mangelhaft bleibt, wenn sie nicht eben mit allen jenen anderen organischen Krankheiten zusammen und in steter Vergleichung studirt werden können? — Solches kann natürlich nur ausserhalb des Irrenhauses geschehen, und je mehr es geschieht, um so besser.

Endlich gibt es viele pathologische Hirnzustände mit psychischen Symptomen, von mehr accidenteller und oft ihrer Natur nach vorübergehender Art, in Folge toxischer Ursachen (z. B. Delirium tremens), in Folge einfacher Congestiv-Prozesse, in Folge vorausgegangener acuter Krankheiten, Blutverluste, heftiger Strapazen oder Gemüthsbewegungen u. dergl., von denen nur die schwersten und langwierigsten Gegenstand der Beobachtung in den Irrenanstalten werden können. Auch das Verständniss dieser, der relativ leichtesten und günstigsten unter den sogen. Geisteskrankheiten wird ganz besonders erleichtert durch die Beobachtungen der gewöhnlichen Praxis, der die weniger schweren und kurz dauernden Zustände dieser Art und ihre Anfangsstadien zufallen.

Schon an dieser kurzen Uebersicht, die in keiner Weise vollständig sein sollte, wird der innere Zusammenhang der psychiatrischen mit der sonstigen ärztlichen Beobachtung und die Nothwendigkeit, auf die wissenschaftliche Vereinigung beider hinzuwirken, erhellt haben und die Ansichten, die sich in den Irrenanstalten allein an den Objecten der dortigen Forschung gebildet haben und die heut zu Tage als „Psychiatrie“ gelten, werden dem, der einmal diese Wahrheiten sich klar gemacht hat, nicht mehr als die hinreichend umfassenden und allein massgebenden gelten können, wenn auch sonst ihr Werth im vollsten Masse anerkannt wird.

Die Consequenzen dieses Standpunkts, den ich hier nur nach der pathologischen Seite hin angedeutet habe, müssen nach allen Richtungen hin fruchtbar wirken.

Vor dem unbefangenen, weiter reichenden, durch die Doktrinen der Schule weniger getrübten Blicke, den der neuropathologische

Standpunkt gewährt, erscheinen viele grosse practische Fragen der Psychiatrie in einem anderen Lichte. Unsere prognostischen und therapeutischen Anschauungen — der diagnostischen ist schon oben gedacht —, die Fragen der öffentlichen Fürsorge für die Gemüthskranken, die grossen Fragen der gerichtlichen Medicin, welche so dringend neuer Bearbeitung bedürfen, wenn sie auch noch sehr lange nicht ihre definitive Lösung erwarten lassen — Alles dies hat nach meiner Ueberzeugung grosse Fortschritte von der innigen Durchdringung der Psychiatrie und der übrigen Neuropathologie zu erwarten.

Es wird eine Hauptaufgabe dieser Zeitschrift sein, diesen gemeinsamen Boden nach allen Richtungen zu bebauen, vor Allem durch Arbeiten positiver und exacter Beobachtung. Jeder wirklich factische Beitrag zum Einzelnen fördert das Ganze des grossen Gebietes. Mögen diejenigen sich mit uns verbinden, die in gleichem Sinne wirken und streben.

G.

I.

Zur Kritik
der
Valleix'schen Schmerzenspunkte in Neuralgieen.

Von

M. H. Romberg.

Es ist an der Zeit, dass, bei der steigenden Anhäufung des neuropathologischen Materials, in einem dem Studium der Nervenkrankheiten eigens gewidmeten Journale ein Feld der kritischen Sichtung eröffnet werde. Zuverlässige Beobachter dürften sich hierdurch veranlasst fühlen, ihre kritischen Forschungen, zuerst oder von neuem, Gegenständen zuzuwenden, deren Erörterung bisher noch schwankend und durch die Widersprüche in den Ergebnissen der Untersuchung verworren geblieben ist. So mögen folgende Bemerkungen gedeutet werden, welche ich einer zur Veröffentlichung vorbereiteten Umarbeitung meines Lehrbuchs der Nervenkrankheiten entnehme.

Das Verhalten des Schmerzes in Neuralgieen gegen äussere Einflüsse, unter welchen ich hier den Druck der schmerzhaften Stelle hervorhebe, verdient volle Beachtung. Es stimmen über seine Wirkungen die Angaben nicht überein und können es auch nicht, so lange die Succession der Erscheinungen des Nervendruckes im gesunden Zustande unberücksichtigt bleibt. Hierüber haben Bastien und Vulpian Versuche an sich selbst angestellt (am N. ischiadicus, radialis, ulnaris, medianus) und unterscheiden zwei Perioden, 1) der Steigerung von dem Beginne des Druckes bis zum Moment seines Aufhörens, 2) der Abnahme, die mit dem Aufheben des Druckes beginnt und endet, wenn die von den comprimirten Nerven versorgten Theile zum Normalzustande zurückkehren. Die Aufeinanderfolge der Erscheinungen in der ersten Periode ist folgende: Formication, Stechen, Empfindung von Vibrationen, crampi, Hitze. Tastsinn und Motilität sind ungestört. Dauer

zwei bis zehn Minuten und drüber. Alsdann verschwinden diese Symptome und der normale Zustand scheint wieder einzutreten. Dauer einige Secunden bis funfzehn Minuten. Hierauf zeigen sich die Symtome der Hyperästhesie, Schmerzgefühl, Empfindung von Brennen. Der Schmerz zieht von den oberflächlichen Theilen nach den tiefern. Allmählige Abnahme des Tastsinnes, Gefühl wie von Sandkörnern bei der Berührung, während der Schmerz in den tiefern Theilen noch heftig ist. Anästhesie. In den Muskeln vage Schmerzen, crampi. Die Bewegungen werden erschwert, zuletzt unmöglich. Mit Eintritt der Paralyse wird der Druck aufgehoben. Dauer von einigen Minuten bis zu einer Viertelstunde. In der zweiten Periode 'hält Anästhesie und Paralyse noch einige Secunden bis zwei Minuten an. Dann kehren die verschiedenen Sensibilitäten zurück, mit Ausnahme des Temperatursinns, welcher noch stumpf bleibt und zuletzt sich wieder einfindet. Einige beschränkte Bewegungen können ausgeführt werden. Dauer einige Secunden bis eine Minute. Hierauf folgt ein schneller und centrifugaler Zug von Kälte: demnächst ein Gefühl ausserordentlicher Schwere, welche das Glied während einiger Augenblicke unbeweglich macht. Contractionen, zuweilen crampi, zeigen sich in den Muskeln. Die willkührlichen Bewegungen sind unbestimmt, ungeordnet. Zugleich wird ein Gefühl starker Formication und Vibration rege. Darauf regeln sich die Bewegungen mit Abnahme und Verschwinden der Formication. Dauer einige Minuten bis eine Viertelstunde. (Mémoire sur les effets de la compression des nerfs par les Dr. Bastien et Vulpian in Comptes rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences. T. 41. Juillet — Décembre 1855 p. 1009—1012.)

Diese Versuche geben den Nachweis, dass beim Drucke der Nerven, im Verhältniss zur Dauer der Reizung, eine Steigerung vor der Abnahme der Erregung stattfindet, wie dies auch bei andern physiologischen Reizversuchen der Nerven der Fall ist. Diese Experimente beziehen sich zwar nur auf motorische Nerven, allein die Normen der Erregung und Erregbarkeit sind für motorische und sensible Nerven wohl nicht als von einander verschieden zu erachten; nur bietet die Sensibilität kein solches objectives Merkmal dar, wie es die Muskelzuckung für den motorischen Nerven ist, welche zu einem sichern Masstab für die Grösse der Erregbarkeit dienen kann. So ergiebt Rosenthal's Beobachtung des Absterbens der Nerven bei elektrischer Reizung, dass der Verminderung der Erregbarkeit an jedem Punkte des Nerven eine beträchtliche Erhöhung vorausgeht. Von nicht geringerem Interesse sind in dieser Beziehung die Veränderungen der Erregbarkeit bei Ver-

änderung des Wassergehalts der Nerven. Die Experimente von Harless, Birkner, Eckhard und Kölliker haben diesen Einfluss auf die Nervenreizbarkeit ermittelt, die sich sowohl mit der Imbibition (Quellung) als besonders mit der Verdunstung des Wassers abändert und vor dem Eintritte ihrer Abnahme und ihres Verlustes in hohem Grade gesteigert ist, so dass in den motorischen Nerven tetanisirende Wirkung eintritt.*)

Valleix, dem das Verdienst gebührt, zuerst den explorativen Nervendruck als diagnostisches Hülfsmittel bei Untersuchung neuralgischer Kranken eingeführt zu haben (Traité des neuralgies, Paris 1841 p. 666—672), leugnet die Abnahme des Schmerzes in den Neuralgieen durch äussern Druck und will in 112 Fällen, einen einzigen ausgenommen, stets Steigerung des Schmerzes wahrgenommen haben, in einem oder mehreren Punkten der Nervenbahn, welche er deshalb mit dem Namen der points douloureux bezeichnet. Zu ihrer Auffindung sei, um Irrthümer zu vermeiden, eine genaue Technik der Untersuchung erforderlich. Man drücke mit der Fingerspitze auf jeden Punkt in der Strecke des Nerven, so wie auch seiner Ramificationen und man wird Stellen finden, welche nur einen bis zwei Centimeter im Durchmesser haben. Oft hört der Schmerz in einem Zwischenraum von fünf bis sechs Millimeter so jähe auf, dass man dort den äussersten Grad, hier gänzlichen Mangel des Schmerzes constatirt. Der Druckschmerz besteht bald in einer blossen Steigerung des contusiven, anhaltenden Schmerzes, bald in strahlenden, lancinirenden Zügen, welche den spontanen ähnlich sind. Zuweilen findet man zwar schmerzhafte Punkte beim Drucke, wo kein spontaner Schmerz vorhanden ist, und umgekehrt; allein in diesen Fällen zeigen sich beide Schmerzen in andern Punkten derselben Bahn. Der Druckschmerz steht in directer Beziehung zur Intensität der Krankheit. In den Paroxysmen nimmt er zu, in den ruhigen Zwischenzeiten sehr ab.

In der Kritik dieser vor ein paar Decennien als unfehlbare Kriterien für die Neuralgieen bezeichneten Schmerzenspunkte verdient der hingeworfene Vorwurf der Ungenauigkeit, welchen Valleix allen andern seiner Annahme nicht beitretenden Beobachtern macht, heutigen Tages keine Widerlegung. Im Gegensatze zur Behauptung, dass die points douloureux niemals fehlen, ist ihr Mangel öfter constatirt worden. Die Namen zweier Beobachter, Schuh und Hasse, geben genügende

*) Ob in der Cholera die Krämpfe durch Verlust des Nervenwassers der peripherischen und centralen Apparate in Folge der massenhaften Transsudationen der Flüssigkeit im Darmkanal einen solchen Ursprung haben, dürfte vielleicht durch künftige Untersuchungen noch zu ermitteln sein.

Bürgschaft. Nach ersterem „sind die Fälle von Gesichts-Neuralgieen, wo kein Punkt aufgefunden werden kann, welcher beim Drucke schmerzt, gar nicht selten, obwohl Valleix das Gegentheil behauptet. Dabei kann das Uebel sehr hochgradig sein, und der Bezirk des Schmerzes und dessen Ausstrahlung genau der Verzweigung eines bestimmten Nerven entsprechen". (Schuh, über Gesichts-Neuralgieen und über die Erfolge der dagegen vorgenommenen Nerven-Resectionen 1858. S. 10.) Auch Hasse bestätigt Valleix Annahme keineswegs in dem angegebenen Umfange und ist der Ansicht, dass überhaupt diesen Punkten eine übertriebene Wichtigkeit von Vaillex beigelegt sei. In den letzten drei von ihm untersuchten Fällen von Ischias und zweien von Quintus-Neuralgie war kein einziger auf Druck schmerzhafter Punkt zu entdecken. (Hasse, Krankheiten des Nerven-Apparats, in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie 4. B. 1. Abth. S. 47.) Noch mehr weichen die Ansichten über die Wirkungen des Druckes von derjenigen ab, welche Valleix aufgestellt hat, nämlich dass der Grad des Druckes gar keinen Einfluss auf die Intensität des veranlassten Schmerzes haben soll. In der Annahme eines in den Intervallen schmerzerregenden Einflusses der oberflächlichen Berührung einer neuralgischen, selbst behaarten Stelle stimmen mehrere Beobachter überein, z. B. der Barthaare in Prosopalgie: in einem von Schuh behandelten Falle reichte schon die durch Anhauchen hervorgerufene Bewegung der langen Barthaare hin. Ein älterer zuverlässiger Beobachter, Lentin, erwähnt eines Kranken, dessen neuralgischer Schmerz im Ballen des rechten Fusses seinen Sitz hatte. Ein Papierstreifen, der ihm auf den mit dem Strumpfe bedeckten Ballen fiel, erweckte den Schmerz auf mehrere Stunden. (Beiträge zur ausübenden Arzneiwissenschaft 3. B. S. 129.) An der schmerzsteigernden Wirkung oberflächlicher leichter Berührung in den Paroxysmen waltet fast kein Zweifel ob. Davon überzeugte ich mich oft genug in den Neuralgieen des Quintus, des radialis, des ulnaris und besonders in traumatischen Neuralgieen der Finger, der Hände; dagegen in der ischiadischen und Intercostal-Neuralgie sich mir bisher noch keine ähnliche Erscheinung dargeboten hat. Durch stärkern und tiefern Druck jedoch wird in den Anfällen der Schmerz mehrentheils verringert und gehoben. Ich habe längere Zeit einen Kranken mit linkseitiger Intercostal-Neuralgie behandelt, dessen Rock an dieser Stelle von dem stets wiederholten, erleichternden Drucke der Hand durchgerieben war, und mehrere Kranke mit Neuralgieen des Quintus, welche nur durch das heftigste Andrücken eines Schnupftuches Ruhe empfanden. Auch

in Bell's Beobachtungen finden wir Belege, z. B. in einem Falle, wo der Schmerz plötzlich mit grosser Heftigkeit, stossweise, wie von elektrischen Schlägen hervorbrach. Auch dieser Kranke bemühte sich durch einen Druck auf den Nerven Linderung zu verschaffen und erlangte durch solche Versuche fast eine anatomische Uebersicht vom Verlaufe des Quintus. Sofort drückte er beim Eintritte des Schmerzes die Finger fest auf das foramen infraorbitale, auf den innern Augenwinkel, auf den Stirnnerven, auf den temporalis vor dem Ohre, und blieb starr in dieser Stellung stehen. (S. meine Uebersetzung von Carl Bell's physiol. und pathol. Untersuchungen des Nervensystems 1832. S. 310.)

Unter diesen Umständen lag mir daran, den Grund des Widerspruches in den Behauptungen zuverlässiger Beobachter zu erforschen, und ich glaube nicht mit Unrecht ihn in der von beiden Seiten, auch von mir früher unberücksichtigt gebliebenen Dauer der Nervenreizung durch den explorativen Druck gefunden zu haben, worin mich die Ergebnisse der von Bastien und Vulpian angestellten Versuche und eigne Beobachtungen aus neuerer Zeit um so mehr bestärkt haben. So fand eine von mir behandelte Kranke, die an Neuralgie im Bereiche des linken temporalis superficialis litt, mit heftigen Schmerzen in der Schläfe, welche nach Stirn und Hinterhaupt strahlten, mit Zuckungen der linkseitigen mimischen Muskeln, in den heftigeren Anfällen mit Zuckungen des ganzen Rumpfes nur Erleichterung in einem mit allem Aufwand der Kraft gesteigerten Andrücken der linken Schläfe an der hölzernen Bettwand. Oefter bei den Anfällen gegenwärtig überzeugte ich mich, dass in den ersten fünf bis sechs Minuten die Schmerzen an Intensität noch zunahmen, darauf sich verminderten und gleichzeitig mit den Zuckungen aufhörten, mit Nachlass des Druckes jedoch wiederkehrten. Valleix selbst macht auf einen von Bassereau bei der Intercostal-Neuralgie constatirten Umstand aufmerksam, dass, nachdem man an einem beschränktenPunkte einen sehr heftigen Druckschmerz hervorgerufen hat, kurze Zeit darauf die Compression an dieser Stelle nicht mehr dasselbe Resultat giebt, allein nach kurzer Ruhe wieder Schmerz wie zuvor erregt.

An einer physikalischen Genauigkeit mangelt es allerdings diesen Druckversuchen wie auch der von Valleix empfohlenen Technik. Schon die Fingerkuppe ist ein unsicherer Masstab, und nun gar unter derselben eine Stelle zu entdecken, wo der Schmerz tobt und fünf Millimeter davon jähe abbricht, dürfte wohl Misstrauen erregen. Allein selbst wenn der Versuch genauer, etwa mittelst eines Stäbchens

von vier Millimeter im Durchmesser, mit glatten, abgerundeten Rändern gemacht würde, kann, was diagnostisch wichtig ist, der Schmerz beim Drucke nicht zum Beweise dienen, dass der dort verlaufende Nervenstamm die Stätte des provocirten Schmerzes sei, denn die bedeckende Haut erhält ihre Sensibilität von andern seitlich oder oberhalb gelegenen Nerven. Wäre Valleix mit den exacten Beobachtungen, welche unsre Koryphäen Johannes Müller (Handbuch der Physiologie, 3. Aufl. B. 1 S. 696 u. 698) und Ernst Heinrich Weber (der Tastsinn und das Gemeingefühl in Wagner's Handwörterbuch der Physiologie, 3. Band S. 502 u. fgd.) an sich selbst anstellten, bekannt gewesen, so hätte er sich und seinen Anhängern manchen Irrthum erspart. Am Ellenbogen hat man beim Drucke über dem condylus internus humeri die Empfindung des Druckes an dieser Stelle mittelst der dort in der Haut endigenden Nervenfasern, welche vom nervus cutaneus internus minor (einer Abtheilung des n. cutaneus internus) stammen. Setzt man den Druck auf den ulnaris selbst fort, so erfolgt die Empfindung nach der Norm der excentrischen Erscheinung. Der Schmerz unterscheidet sich von dem Schmerze an der Druckstelle und das Gefühl von Eingeschlafensein, von Prickeln und Nadelstichen wird in allen Theilen rege, in welchen sich der ulnaris endlich verzweigt, namentlich in der Fläche und auf dem Rücken der Hand, in dem vierten und fünften Finger. Aehnliche Wirkungen wie vom Drucke beobachtete Weber von der Kälte beim Eintauchen und Halten des Ellenbogens in einem Brei aus zerstossenem Eise und Wasser. Beim Eintauchen empfindet man zuerst mittelst der in der Haut des Ellenbogens endigenden Nerven (Fasern des cutaneus internus minor) die Berührung des kalten Körpers. Ungefähr nach sechzehn Secunden wird der Stamm des ulnaris, welcher hier nicht von Muskeln bedeckt ist, sondern unmittelbar unter der Haut und Fascie liegt, von der Kälte angegriffen. Es entsteht ein eigenthümlicher Schmerz, der die Volarseite des Vorderarmes nach der ulna zu, des Handgelenks, den Ballen des kleinen Fingers und den kleinen Finger selbst einnimmt. Dieser Schmerz ist von der Empfindung von Kälte ganz verschieden und hat mit ihr keine Aehnlichkeit. Wüsste man nicht, dass man den Arm in kaltes Wasser eintauche und fühlte man nicht die Kälte in der Haut des Ellenbogens, so würde man nicht errathen, dass die Kälte die Ursache jenes Schmerzes sei. Bei fortdauernder Kälte nimmt dieser Schmerz bis zu einem gewissen Zeitpunkte beträchtlich zu, und es bedarf einiger Willenskraft, ihn zu ertragen. Endlich vermindert sich der Schmerz wieder, ungeachtet die auf den Ellenbogen wirkende Kälte dieselbe bleibt. Nachdem unge-

fähr zwölf Minuten seit Einwirkung der Kälte vergangen waren, traten im fünften und vierten Finger Zuckungen ein, die auch in Muskeln des Vorderarmes und der Hand bemerkt wurden.

Aehnlich wie mit dem ulnaris verhält es sich mit dem ischiadicus. Die ihn an seiner Austrittsstelle und zwischen trochanter major und tuberositas ossis ischii bedeckende Haut erhält ihre Nerven nicht vom austretenden Stamme des ischiadicus, sondern von dem höher abgehenden cutaneus femoris posterior. Die Compression des Stammes selbst offenbart sich durch das Symptom des sogenannten Einschlafens in den peripherischen Enden. Johannes Müller hat durch heftigen Druck auf den n. infraorbitalis an der Austrittsstelle aus dem foramen infraorbitale das Prickeln in der Wange und Oberlippe an verschiedenen Stellen empfunden, je nachdem der Druck und das drückende Hin- und Herschieben wechselte; doch ist die Application des Druckes auf den infraorbitalis schwerer, weil man die Austrittsstelle des Nerven durch Druck und die erfolgenden Gefühle erst bestimmt ausmitteln muss. Noch viel schwieriger ward es mir, die durch den tiefern Druck auf den Nervenstamm hervorgerufenen excentrischen Erscheinungen bei neuralgischen Kranken in den Anfällen zu constatiren. Die meisten hatten eine unüberwindliche Scheu vor solchen Versuchen, und nur Einzelne, welche die Kraft besassen, sich selbst beobachten zu können, schilderten eine Erstarrung und das Gefühl des Einschlafens in peripherischen Ramificationen.

II.

Ueber Irrenanstalten
und
deren Weiter-Entwickelung in Deutschland.

Vom

Herausgeber.

Bei verschiedenen Gelegenheiten war ich in der Lage, meine Ansichten über Irrenanstalten und über ihre Gestaltung in nächster Zukunft äussern zu müssen. Diese Aeusserungen sind in Denkschriften, die nicht in die Oeffentlichkeit gelangten, in Acten und Privatbriefen niedergelegt; einige Bemerkungen, die ich bei der Naturforscher-Versammlung in Hannover (Zeitschr. f. Psychiatrie XXII. p. 390) absichtlich machte, um nur vorläufig meinen Standpunkt zu bezeichnen, waren viel zu kurz und aphoristisch gehalten, um nicht Missverständnissen ausgesetzt zu sein. Ich werde deshalb auf den folgenden Blättern im Zusammenhange, doch freilich immer noch in nothwendiger Kürze, auseinandersetzen, was ich für die Gestaltung des öffentlichen Irrenwesens in Deutschland in der nächsten Zukunft für nothwendig oder erspriesslich halte und auf welche Seite ich mich bei der unzweifelhaften Crisis, in welche die Frage der öffentlichen Irrenfürsorge gerathen ist, stelle. Ich sehe in dieser Crisis kein Unglück und keine Gefahr, sondern nur den Fluss nach vollkommeneren Gestaltungen; sie leugnen zu wollen, fördert die Sache nicht, der vorweg feststehende Entschluss, in dem Gegenwärtigen das allein Gute und Richtige zu sehen, hindert vielmehr die Auffindung der Wahrheit. Wenn die Wissenschaft neue Gesichtspunkte aufstellen kann, wenn sich dringende Bedürfnisse herausstellen, die mit den Mitteln der gegenwärtigen öffentlichen Irrenpflege nicht befriedigt werden können, so dürfen, weil dies der Fall ist, nicht die Bedürfnisse ignorirt oder in Abrede gestellt, sondern die Mittel müssen den Bedürfnissen angepasst werden. So handelte man ja auch, als die heutigen Irrenanstalten gegründet wurden; sollte heutzutage allein kein weiterer Fortschritt mehr möglich sein? Man beachte doch, was vor

wenigen Jahren ein Mann, der für den grössten Theil der Gegner der Reform eine Autorität ist, Damerow (Zeitschr. f. Psychiatrie XIX. 1862 p. 187), sagte: „Mit den jetzigen öffentlichen Irrenheil- und Pflegeanstalten allein ist für die Zukunft nicht mehr aus- und durchzukommen".

Warum nicht? — Gewiss auch aus den Gründen nicht, die Damerow selbst bei dieser Aeusserung im Auge hatte, nemlich weil die Masse der in die öffentlichen Anstalten drängenden Kranken immer höher anschwillt und weil es immer unmöglicher wird, auf bisherigem Wege die Mittel für die Versorgung dieser Aller zu beschaffen.

Aber ebenso sehr als diese, doch mehr äusseren Umstände sind es innere Gründe, hervorgegangen aus der weiteren Entwickelung der Wissenschaft, erworben durch genauere Kenntniss der betreffenden Krankheitszustände und umfassendere Würdigung der mehr und mehr gesammelten Erfahrungen, die zu neuen Gestaltungen auf dem Gebiete der öffentlichen Irrenfürsorge hinleiten.

Die grossen Reformen, welche vor 40—50 Jahren in Deutschland begannen, gingen aus von der Anerkennung, man möchte beinahe sagen von der Entdeckung, dass ein gewisser Theil der sogen. Geisteskranken heilbar ist. An diese Grundthatsache hat sich fast alles Weitere, was in Deutschland auf dem Felde der öffentlichen Irrenpflege verhandelt und geschehen ist, geknüpft, die Errichtung der Heil- und Pflegeanstalten, die Combination derselben, die Frage der etwaigen Wiedertrennung oder etwaigen neuen Vereinigung u. s. w. Die Sorge um eine richtige Vertheilung der Mittel und der Arten der Fürsorge zwischen den sogen. heilbaren und unheilbaren Geisteskranken beschäftigt heute noch vor allen anderen die, welche irgendwo bei der Frage der Errichtung neuer Irrenanstalten betheiligt sind.

Und doch müssen wir uns sagen, dass dieser Begriff der Heilbarkeit und Unheilbarkeit Angesichts der Erfahrung nicht den Werth hat, um zum Princip für die Verschiedenheit der Anstalten gewählt werden zu können. Die Criterien der Heilbarkeit, sofern sie für die Aufnahme in die Anstalten dienen sollen, sind höchst misslich (in der Anstalt selbst gewinnt der Sachverständige allerdings, aber sehr oft zu spät, richtigere Criterien); ein Hauptcriterium der Heilbarkeit, auf welches so oft ein ausserordentlicher Werth gelegt wurde, nemlich die kurze Dauer der Krankheit, ist in der allgemeinen Ausdehnung, die dem Satze gegeben wurde, gänzlich falsch und kann nur die allererfahrungs-

widrigsten Hoffnungen erregen, wie ein einziger Blick auf die Paralytiker zeigt; es gilt nur für eine ziemlich beschränkte Classe von Kranken, für diese allerdings in vollster Kraft. Der Begriff der Heilung und Heilbarkeit überhaupt ist in der Psychiatrie zu oft und mit zu weniger Critik angewendet worden; die vollen Heilungen sind nicht so ausserordentlich häufig, ja sie sind selbst nur bei einer ziemlich beschränkten Classe von Kranken möglich. Die Praxis des Lebens hat immer die Theorieen durchbrochen, wonach die eine Classe von Anstalten — liegen sie getrennt oder auf demselben Terrain — heilbare, die andere unheilbare Kranke haben soll. Es ist ein öffentliches Geheimniss, dass die sogen. „reinen Heilanstalten" viel mehr Unheilbare als Heilbare aufnehmen; mir ist nicht eine einzige deutsche Heilanstalt bekannt, welche die Allerunheilbarsten, die Paralytiker, wirklich und auch de facto ganz ausschliesst. Also, der Unterschied der Heilbarkeit und Unheilbarkeit, wissenschaftlich als auf schwachen Füssen stehend und practisch als officielle Fiction erkannt, kann nicht das wahre Princip für die Sonderung oder Vereinigung der Kranken in eigenen Anstalten sein. Und doch ist gar nicht daran zu denken, dass für alle die so unendlich verschiedenen Zustände, die man herkömmlich Geisteskrankheiten nennt und die man noch weiter so nennen könnte, nur ein einziger Modus der öffentlichen Fürsorge passen, dass für so mannigfaltige, ja ganz heterogene Bedürfnisse etwa eine und dieselbe Art von Anstalten dienen könnte. Im Gegentheil; meiner Meinung nach ist noch weiter als bisher in dem Bestreben zu gehen, den einzelnen Hauptarten dieser Zustände und Bedürfnisse durch Einrichtungen gerecht zu werden, die jedem besonders angepasst sind, und ich glaube, gegenüber den Forderungen des wirklichen Lebens, wie es ist, kann man an die Spitze alles Weiteren den Satz stellen:

Eine richtige öffentliche Fürsorge für die sogen. Geisteskranken bedarf zweier Haupt-Verpflegungsmodi, also wenn man will, zweierlei Haupt-Arten von Anstalten, die desswegen auseinandergehalten werden müssen,*) weil sie ganz verschiedene Lage, Einrichtung, Organisation haben sollen, die eine bestimmt für einen blos transitorischen, die andere für einen langen Aufenthalt der Kranken. Die praktischen Einrichtungen für diese beiden Zwecke sind total verschieden, weit verschiedener, als bisher die Heil- und die Pflegeanstalten unter sich differirten; nur für die eine, nemlich für die letzere Be-

*) Natürlich nur da, wo überhaupt irgend eine Scheidung möglich ist. In Miniaturverhältnissen, wo man nur ein paar Dutzend Kranke zu versorgen hat, wird man auf jede Scheidung verzichten.

stimmung eines langen Aufenthaltes sind diejenigen speciellen Institute erforderlich, die man heutzutage allgemein meint, wenn man von den modernen Irrenanstalten spricht. Das Scheidungsmoment selbst aber ist ein rein practisches Bedürfniss, das sich ebenso leicht erkennen als in seinen weiteren Consequenzen handhaben lässt.

- - -

Von den nervenkranken Individuen, welche als sogen. Geisteskranke den Irrenanstalten zugeführt werden, kommen nur ziemlich wenige in diese wegen der einfachen Thatsache ihrer Geisteskrankheit, für die Hülfe gesucht wird, die meisten vielmehr wegen eines gewissen Grades dieser Krankheit, welches Störungen, Unzuträglichkeiten, fatale, für den Kranken oder Andere nachtheilige Handlungen bereits mit sich führte oder unmittelbar besorgen lässt; Hunderte von Menschen, welche an denselben Krankheiten, aber nicht in demselben Grade und derselben Aeusserungsweise leiden, kommen in andere, gewöhnliche Hospitäler oder sind zu Hause in ärztlicher Behandlung oder gehen selbst frei im Leben umher. Es ist nun Erfahrungs-Sache, dass dieser hohe Grad und diese störende und fatale Aeusserungsweise bei den meisten dieser Kranken nicht sehr lange andauert, dass der hochgradige Depressions- oder Erregungszustand, aus dem die Indication zur Versetzung in die Anstalt hergeleitet wurde, nach einiger Zeit wieder schwindet. Oft genügt eine ganz kurze Zeit von wenigen Wochen, selbst wenigen Tagen, um den Kranken wieder in den Zustand zu versetzen, in dem er sich seit Jahren befand, ehe die vorübergehende Exacerbation, vielleicht auf eine äussere Ursache hin eintrat. Jeder Irrenarzt weiss, dass man desshalb doch solche Individuen nicht so schnell wieder entlassen kann, aber eine grosse Zahl derselben bedarf doch nur einer temporären Behandlung und Verpflegung und eine solche kann unmöglich den ganzen weitläufigen Apparat erfordern, welchen man in der modernen Irrenanstalt für nothwendig und zum Wesen derselben gehörig hält.

Wenn bei dem aufgenommenen Kranken die lebhaftere Erregung oder Depression, wegen welcher er in der Regel der Anstalt gebracht wurde, sich etwas gelegt oder einige Zeit unverändert angedauert hat, dann erkennt man in der Anstalt gewöhnlich erst die eigentliche Natur des Leidens. Man sieht, ob man es z. B. mit einer reinen Manie oder Melancholie oder mit diesen Formen bei einem zuvor schon schwachsinnigen Individuum, ob man es mit einfacher Melancholie oder etwa mit einer circulären Form etc. etc. zu thun hat;

oft sieht man dann erst — ich meine immer aus objectiver Untersuchung — ob der Fall ein acuter oder vielleicht ein ganz chronischer ist; selbst für die Erkenntniss der Paralyse braucht man öfters eine längere Beobachtung, bis die ersten Stürme vorüber sind. Dann erst ist es Zeit, sich an die Stellung der Prognose zu machen. Nach einiger weiteren Zeit zeigt es sich, ob der Verlauf des Falles überhaupt so sein wird, dass sein Ende als acuter Fall abgewartet werden kann, und endlich stellt sich heraus, ob das Individuum als Genesener oder sogen. Gebesserter oder auch mit dem Geständniss des Ungeheiltseins in irgend eine Form des Privatlebens zurückkehren kann, oder ob er wegen seiner voraussichtlich permanent andauernden psychischen Störung, oder sehr oft gar nicht hauptsächlich wegen dieser, sondern weit mehr wegen der Unzuträglichkeit und Ungunst seiner eigenen Verhältnisse auch permanent oder doch für voraussichtlich sehr lange Zeit der öffentlichen Fürsorge als chronischer Irrer anheimfallen wird.

Unter allen sogen. Geisteskranken, deren Hauptclassen ich im Vorworte dieses Heftes kurz zu skizziren versuchte, — constitutionelle Formen, locale Erkrankungen mit dem paralytischen Character, accidentelle Hirnstörungen aller Art mit starken psychischen Symptomen — unter allen diesen kommen Fälle vor, welche nur eines ganz vorübergehenden Aufenthaltes in einer Anstalt, wenngleich zuweilen eines zum öfteren wiederholten, bedürfen. Unter allen auch sind Fälle genug — selbst die Paralytiker machen hiervon keine Ausnahme, sobald die Aussenverhältnisse günstig sind — welche wieder in Privatverhältnisse zurückkehren können, ohne in integrum restituirt zu sein. Unter allen diesen Classen finden sich aber auch chronische, sogen. ungeheilte resp. unheilbare Fälle, welche einen permanenten Aufenthalt in Specialverhältnissen nöthig haben, die eigens für ihre Bedürfnisse und für die Bedürfnisse der bürgerlichen Gesellschaft ihnen gegenüber hergestellt sein müssen. Aber dies zeigt sich — wie bemerkt — in der Regel erst, wenn ihre acuten Zustände abgelaufen sind, und dass sie innerhalb der letzteren eben nicht solcher eigens eingerichteten Specialverhältnisse bedürfen, also auch nicht haben sollen — wer möchte diesem Satze widersprechen? —

Die Erfordernisse, die für den bloss transitorischen Aufenthalt von Individuen mit acuten Krankheitszuständen erforderlich sind, lassen sich folgendermassen kurz charakterisiren. Ich bemerke aber ausdrücklich, dass ich unter diesen acuten Zuständen

weder bloss frische Erkrankungen, noch heilbare Formen verstehe; ich meine vielmehr ausdrücklich auch darunter Exacerbationszustände ganz chronischer Formen, so wie die zahlreichen Fälle, welche aus den Heilanstalten „geheilt“ entlassen werden, die ich den Hysterischen vergleiche, bei denen die Krampfattaquen für längere Zeit aussetzen.

Vor Allem muss jede grosse Stadt in ihrer allernächsten Nähe einen solchen Ort zur richtigen Unterbringung und Behandlung acuter Fälle besitzen, und es muss die Aufnahme an diesen Ort in jeder denkbaren Weise erleichtert sein. Die Verlegenheiten und Störungen, die durch die acuten Zustände, hochgradige Melancholie, Selbstmordversuche, Manieausbrüche, alcoholische, erotistische u. dergl. Erregungen in den Familien der niederen und mittleren Stände angerichtet werden, verlangen augenblickliche Abhülfe und für manche Fälle, nàmentlich der accidentellen Hirnleiden, kann wirklich die Heilbarkeit oder Unheilbarkeit des Kranken von ein paar Tagen früherer oder späterer Entfernung von Hause abhängen.

Es muss also durch möglichst viele Gratis-Aufnahmen und durch niedrige Verpflegungs-Sätze die Aufnahme erleichtert werden. Alle öffentlichen Anstalten sollen für Arme, nicht für Reiche sein; aber man denke bei jenen nicht immer bloss an die unteren Volksklassen. In Deutschland ist vielleicht noch grösser als in andern Ländern die Classe der Bevölkerung, die bei guter Erziehung und sorgfältiger Geistesbildung ohne weitere Mittel auf den steten Ertrag ihres einzigen Capitals, ihrer geistigen Kräfte angewiesen ist, deren Einnahme alsbald mit ihrer Erkrankung stockt, wo daher die Unterbringung in Privatasyle meistens unmöglich ist. Für diesen in den grossen Städten massenhaft sich zusammenfindenden, wichtigen und interessanten Theil der Bevölkerung, kleinere Gelehrte, Künstler, Aerzte, Beamte, Literaten, Kaufleute etc., für Frauen, Töchter und Wittwen mit Bildung, aber ohne Vermögen, muss der Aufenthalt in diese öffentliche Anstalten sehr erleichtert und müssen die Verhältnisse im Innern derselben auf einen anständigen Fuss gestellt sein.

Nichts von den kostspieligen, weitläufigen, Raum einnehmenden Mechanismen und Einrichtungen, die für die moderne „Irrenanstalt“ nöthig befunden werden, braucht das nur zu transitorischem Aufenthalte bestimmte Haus. Ein grosses Areal verbietet sich von selbst durch die enormen Preise in unmittelbarer Nähe einer grossen Stadt; wozu sollte auch ein solches dienen? Land- und Feldbau wird man weder an diesem Platze noch mit dieser flottirenden Bevölkerung treiben wollen; ein kleiner, aber freundlicher und schattiger Garten (für

beide Geschlechter getrennt) ist in der Nähe grosser Städte leicht zu haben; für reichlichen Luftgenuss kann aber namentlich auch durch grössere Verandas gesorgt werden. Keine Werkstätten; man weiss heutzutage überall, dass sie nur für „Pflege-Anstalten" nöthig sind; keine Kirchen, sondern ein freundlicher Betsaal; keine grossen Speisesäle, Spielplätze, Turnanstalten, Kegelbahnen, Raum zu grossen geselligen Vereinigungen, zum Theaterspielen (!) etc., was alles für acute Zustände unbrauchbar, für die relativ kurze Zeit der Reconvalescenz oder Beruhigung unnöthig ist. Dagegen ruhige Lage in möglichst freundlicher Umgebung, Entfernung von Geräusch und Treiben der Stadt ohne die Affectation, als ob hier Geheimnisse verborgen würden. Diese Erfordernisse, Stille und Schutz vor der Ueberfluthung durch die grosse Stadt, sind am schwersten vollständig zu befriedigen, aber es muss geschehen und hierfür rechtfertigt sich ein grösserer Kostenaufwand vollständig; auf jeden Gedanken ländlicher Abgeschiedenheit ist natürlich für diese Art von Anstalten gänzlich zu verzichten. Ist es ausnahmsweise möglich, noch in einer Stadt selbst, nur nicht in Mitten, sondern an der Peripherie, einen stillen, freundlichen, vor Zudringlichkeiten geschützten, in allen Haupterfordernissen befriedigenden Platz zu bekommen, so ist ein solcher schon viel besser, als wenn man eine halbe Stunde vor den Thoren einer grossen Stadt baut. Ich weiss, dass ich mit diesem Satze nichts als Gegner unter den heutigen Irrenärzten finde, aber ich spreche das aus, was ich nach Erfahrung und reiflicher Ueberlegung als Wahrheit erkenne.

Das ärztliche Personal dieser Anstalten muss relativ gross und mit der Wissenschaft vertraut sein; der Dienst ist bei so vielen acuten Fällen anstrengend und die Verantwortung bedeutend. Es ist aber ganz unnöthig, ja für diese Art von Anstalten selbst unzuträglich, dass der Oberarzt der Anstalt selbst im Hause wohne. Wenn dies an sich einige Vortheile hätte, so wird durch die Errichtung eines eigenen Hauses — und dies müsste einem Arzt in dieser Stellung doch gegeben werden — für einen ärztlichen Director, das auch wieder seine Appertinenzen, Garten etc. beansprucht, die ganze Sache wieder complicirt, weitläufig und in nächster Nähe einer grossen Stadt oft unmöglich. Es genügt vollständig, wenn der Oberarzt die Verpflichtung hat, täglich die Anstalt zu besuchen, längere Zeit in ihr zu verweilen, dringende Fälle Abends noch einmal zu sehen, auch die ganze Leitung auf seine Verantwortlichkeit zu nehmen, und wenn 2—3 tüchtige jüngere Irrenärzte nebst einem geeigneten und die Erfordernisse einer solchen Anstalt in humanem Sinne verstehenden Verwalter im

Hause wohnen; tüchtige Oberwärter und Oberwärterinnen verstehen sich von selbst.

In hohem Grade empfehlenswerth wird die Einrichtung sein, dass bei jeder Anmeldung eines Aufnahmefalles einer der Assistenzärzte der Anstalt die Obliegenheit hat, so bald als möglich selbst den Kranken in seiner Wohnung zu besuchen, um sich von der Sachlage, der Dringlichkeit der Aufnahme und der wirklichen Geeignetheit des Falles zu überzeugen. Es wird hierdurch auch der bedeutende Vortheil erreicht, dass der Arzt die bisherigen Verhältnisse des Kranken selbst sieht und mit den Angehörigen über die Anamnese conferiren, aber auch die richtigen Anordnungen für den Transport des Kranken nach dem Orte seiner Bestimmung berathen kann.

Diese Anstalten können und sollen klein sein; je nach der Grösse der Stadt genügen 60, 80—150 Plätze. Der Wechsel der Kranken ist relativ rasch, keiner darf über eine bestimmte Zeit, etwa höchstens 1 Jahr, in ganz besonderen Ausnahmefällen 1½ Jahre an diesem Orte verweilen. Die acuten Zustände dauern selten lange an (einzelne Fälle sogen. protrahirter, aber noch einfacher Manie beim weiblichen Geschlechte mögen eine Ausnahme machen); sie gehen entweder in Genesung oder doch Beruhigung, oder in den Tod, oder einen schleppenden chronischen, beruhigten Zustand über; die wirklichen Heilungen in den Irrenanstalten kommen in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle in den ersten 6—9 Monaten zu Stande; auch diejenigen bedeutenden Besserungen und Beruhigungen, die dem unheilbaren Kranken gestatten, in Privatverhältnisse zurückzukehren, sind durchaus Sache derselben Zeit. In derselben Zeit auch lässt sich mit Leichtigkeit entscheiden, ob der Zustand oder die Verhältnisse des Kranken eine dauernde Verpflegung in einer Anstalt für chronische Fälle bedarf; nach meiner Erfahrung in der K. Charité können nicht wenige der wirklich frischen, acuten Fälle schon nach 2—3 Monaten ohne Nachtheil wieder entlassen werden. Ein Hauptpunkt aber muss der sein, dass die Familien nicht ohne Bewilligung der Anstalt ihre Kranken zurücknehmen können und dass für den freien Abfluss der Unheilbaren gesorgt ist. Es ist also absolut nothwendig, dass die Anstalt mit den Anstalten anderer Art (s. unten) in nahe Beziehung gesetzt werde, so dass nach getroffener Uebereinkunft in ihnen eine alsbaldige Aufnahme der nicht mehr geeigneten Fälle stattfinden kann. Ist dies nicht der Fall, so bricht auch über die Anstalten für acute Zustände das Verderben der Ueberfüllung herein, sie verlieren ihren wesentlichen Sinn und Character und werden ordinaire Irrenhäuser.

Die Nähe der grossen Stadt bietet den unschätzbaren Vortheil, dem ruhig gewordenen Kranken das Bewusstsein der Nähe seiner Familie und seiner Freunde und damit eines der wesentlichsten Mittel des psychischen Wohlbefindens, der Beruhigung, des inneren Haltes, des Sich-Wieder-Einlebens in das Alte zu gewähren und einen häufigen, natürlich ärztlich wohl regulirten Verkehr mit seiner Familie zu gestatten. Es kann ihm durch diese Nähe schon öfters eine Beschäftigung ausser dem Hause verschafft werden, und erwächst ihm durch sie vor allem der hohe Nutzen, dass der beruhigte Kranke durch mehrtägige Besuche zu Hause die Probe seines Zustandes machen, dann bloss beurlaubt (und im Nothfalle sofort wieder aufgenommen) und längere Zeit von der Anstalt aus mit Leichtigkeit überwacht werden kann.

Für die innere Einrichtung dieser Asyle ist der Behandlungszweck allein massgebend; sie unterscheiden sich nicht sehr weit von den sonstigen gewöhnlichen Hospitälern. Keinerlei Luxus im Bau und in der Einrichtung, sondern Einfachheit, aber Behaglichkeit — muss das erste Princip sein. Aeusserlich braucht sich das Haus von einem grossen Privathause kaum zu unterscheiden (also keine Thürmchenspitzen und andere dergl. thörichte Schnörkel!), oder es kann je nach dem Terrain aus mehreren kleineren Häusern (Pavillons) bestehen, die aber nimmermehr durch Hallen und Bogengänge zu verbinden sind. Für die innere Einrichtung muss die Thatsache leiten, dass unter der Bevölkerung dieses Hauses eine Menge körperlich Leidende, mit schweren Hirn- und Nervensymptomen, mit allgemeinen Ernährungskrankheiten, mit erheblichem Schwächezustande behaftete Kranke sind, dass ferner hier viele Fälle vorkommen, die in einem hohen Erregungszustande aufgenommen werden. Es ist also nicht zu viel, sondern vielleicht noch zu wenig, wenn auf die Bewohner des Hauses circa 25 Procent gerechnet werden, die eine anhaltende Wache und Pflege Tag und Nacht, also eine hierfür bestimmte Abtheilung (à surveillance continue, Wachsäle) bedürfen. Es muss überhaupt jeder frisch hereinkommende Kranke zum mindesten für einige Tage dieser Abtheilung zugewiesen werden, bis man ihn näher kennt. Es ergiebt sich also für jedes Geschlecht eine solche relativ grosse, aus je zwei freundlichen und bequem eingerichteten Sälen bestehende Wachabtheilung (vereinigte Infirmerie und division à surveillance continue), der noch für einzelne bettlägerige Kranke, die besondere Ruhe bedürfen, mehrere Einzelzimmer beizugeben sind. Der eintretende Kranke soll

nicht lange Hallen und Corridore zu durchschreiten haben, sondern unmittelbar vom Aufnahmezimmer, fast von der Hausthüre aus tritt er in die genannte Beobachtungsstation, mit der ein Bade- und ein Toilettezimmer, ein einfaches, leeres Isolirzimmer und eine Matrazenzelle verbunden sind, die also eine ganz eigens organisirte Abtheilung bildet, in grossen derartigen Häusern einen eigenen Pavillon einnehmen kann. Brauche ich zu sagen, dass ich die Zellenabtheilungen der heutigen Irrenanstalten mit ihren Doppelcorridoren (!), ihren trüben Räumen und — ihrem eigenthümlichen Parfum gänzlich verwerfe? Die Psychiatrie der „Tobabtheilungen" ist so wenig die meinige wie die der Zwangsjacken. Für die nöthigen kurzen Isolirungen, zuweilen auch für den Aufenthalt einer ganzen Nacht dienen die zwei genannten Räume.

Diese kurz beschriebene, wichtigste Abtheilung des Hauses muss die besten und zuverlässigsten Wärter haben und kann gar nicht genug ärztliche Besuche bekommen. Die übrigen Abtheilungen des Hauses sind leichter zu organisiren; sie sind für die nicht bettlägerigen, nicht aufgeregten, ruhigeren und schon mehr in die Verhältnisse des Hauses eingelebten, für die relativ zahlreichen, zwischen acuten und chronischen Zuständen so oft längere Zeit schwankenden Kranken bestimmt; sie können in 3 Sälen mit jedesmal eigenem Zubehör, wo möglich auch eigener Veranda, aber nicht eigener Gartenabtheilung bestehen, mehr peripher liegen, je nach den Umständen kleine Flügel, selbst eigene Pavillons einnehmen; ein wesentliches Erforderniss, das sie von gewöhnlichen Hospitälern unterscheidet, besteht in mehreren freundlich decorirten, hellen Tagesräumen und Speisezimmern und in einer relativ grossen Zahl von Einzel-Schlafzimmern, die besonders für die oben näher bezeichnete Classe gebildeter Kranken ein dringendes Bedürfniss sind. Geräumige, freundliche Bäder, zu allen möglichen Modificationen der Wasseranwendung eingerichtet, bilden einen allein noch besonders zu erwähnenden, sehr wichtigen Bestandtheil des Hauses.

Nicht das Geringste steht im Wege, dass das Haus mit dieser Bestimmung und mit der hier in grossen Umrissen gezeichneten Einrichtung mit einem anderen, schon bestehenden oder erst zu errichtenden Krankenhause aufs nächste verknüpft werde, worauf ich unten weiter zu sprechen komme. — Die Anstalten selbst können Stadt-Asyle genannt werden, weil sie für den Bedarf und Gebrauch der Stadt und für ein specielles Bedürfniss derselben errichtet sind; ob sie von städtischen Behörden oder vom Staat gebaut werden, hängt ganz von localen Verhältnissen und von anderweitig dabei zu erreichenden, namentlich clinischen Lehrzwecken ab.

Wo ein ganzes Land nicht grösser ist, als eine grosse Stadt, da sind sie natürlicherweise Landesanstalten und sind dann an die Capitale oder an die Universität eines solchen Landes zu verlegen. Ob an der Benutzung des Stadt-Asyls einer grösseren Stadt auch umgebende Landgemeinden Antheil nehmen sollen, darüber lässt sich nichts Allgemeines oder Principielles sagen.

An die Errichtung dieser Art von Anstalten knüpft sich nun ein anderes grosses Bedürfniss und ein neues, mächtiges Interesse, das des psychiatrischen Unterrichts. — Es geht nicht mehr anders. Diejenigen, welche die Familien bei den Erkrankungen ihrer Angehörigen richtig berathen und welche die Gerichte in den Fragen der zweifelhaften Gemüthszustände wirklich aufklären sollen, müssen dies endlich irgendwo erlernen. Vor 22 Jahren habe ich (in der Vorrede zur ersten Ausgabe meines Lehrbuchs) den regelmässigen psychiatrischen clinischen Unterricht auf den Universitäten verlangt; es ist seither Manches geschehen, aber wir stehen doch eigentlich noch am Anfang der Sache. In Zürich habe ich die beiden letzten Sommer meines Dortseins psychiatrische Clinik gehalten mit einem kleinen Material der alten Irrenanstalt, aber vor zahlreichen und eifrigen Schülern und mit so unverkennbarem Nutzen, dass ich auf die Errichtung dieser kleinen Clinik noch heute mit der grössten Freude zurückblicke. Würzburg, München und Erlangen waren schon mit solchen Cliniken vorangegangen; Berlin hat seit 2½ Jahren eine Clinik, mit einer Einrichtung,*) die ein vollkommen neues Element, das gleichzeitige clinische Special-Studium der Nervenkrankheiten, in den Unterricht eingeführt, damit der Wissenschaft eine neue Bahn geöffnet und ein für alle Zeiten nachahmenswerthes Beispiel, auf dessen Bedeutung ich noch manchmal in diesen Blättern zurückkommen werde, gegeben hat; Göttingen hat, gleichfalls seit zwei Jahren, eine vortrefflich geleitete psychiatrische Clinik. Aber auf allen übrigen deutschen Universitäten ist bis jetzt für die Sache nichts geschehen, wenigstens nichts, als unfruchtbare, oft ohne das geringste Resultat abgebrochene Verhandlungen, und es ist hohe Zeit, die Sache aus dem Stadium endloser Vorberathungen heraus ins practische Leben einzuführen.

---

*) Hinten in diesem Hefte werden nähere Nachrichten über die Berliner psychiatrische Clinik gegeben.

An vielen Orten ging es hier gerade wie bei der familialen Verpflegung, dem Non-Restraint und so manchem andern psychiatrischen Fortschritt. Die obersten Staatsbehörden wollten den psychiatrischen Unterricht, aber wenn es an die technische Ausführung ging, so kamen erbetene oder unerbetene Gutachten von Männern, die von allen möglichen guten Gesinnungen beseelt sein mögen, aber in der Frage nicht die geringste practische Kenntniss und Erfahrung haben. Man sollte meinen, über psychiatrische Cliniken werde das Urtheil derer nicht besonders schwer wiegen, welche in ihrem Leben nie eine Stunde psychiatrischer Clinik gehalten, vielleicht nicht eine Stunde lang einer solchen beigewohnt haben, und dennoch vermochten bis jetzt die von der Erfahrung längst und hundertfach widerlegten, aber dennoch frischweg immer und immer ad nauseam ins Feld geführten Wenns und Abers, die Redensarten von den ungeheuren Schwierigkeiten der psychiatrischen Klinik, die erregte Furcht vor enormen Kosten grossartiger clinischer Irrenanstalten, die aus der Luft gegriffene Behauptung, die clinische Demonstration schade den Kranken, alles dies, verbunden mit der allen menschlichen Dingen anklebenden vis inertiae, — sie vermochten es dennoch, die gute und für bedeutende Staatszwecke so unendlich wichtige Sache an vielen Orten zu verzögern und selbst zu hintertreiben.

Ich darf mir ein practisches Urtheil in der Sache erlauben und ich versichere hiermit auf das bestimmteste,

dass die Ausführung der psychiatrischen Cliniken eine relativ ganz leichte Aufgabe ist, wenn man nur wirklich Sachverständige an dieselbe herantreten und sich nicht durch nichtssagende Einreden verwirren lässt und wenn man Mittel dazu bewilligt, die vielleicht nur die Hälfte dessen zu betragen brauchen, was z. B. die geburtshülflich-gynaecologischen Anstalten (sollten diese eine so viel wichtigere Specialität als die Psychiatrie sein?) kosten;

dass der Nutzen der psychiatrischen Cliniken ein solcher ist, dass die aufgewendeten Kosten zu ihm in gar keinem Verhältnisse stehen;

dass sich an jeder Universität eine gute Zuhörerzahl für eine gut geleitete psychiatrische Clinik findet, auch wenn nicht der geringste Zwang zu derselben besteht, dass aber die Wichtigkeit der Sache anfangs eine Verpflichtung der inländischen Studirenden zum Besuche der psychiatrischen Clinik vollständig rechtfertigen würde;

dass von einem Schaden für die Kranken, von dem bis in die neueste Zeit noch gefabelt wird, bei einer irgend vernünftigen und

sachkundigen Führung der Sache gar keine Rede ist. Unter mehren hundert Geisteskranken, die ich clinisch demonstrirt habe, ist noch nicht bei einem einzigen auch nur der geringste Nachtheil daraus entstanden; umgekehrt, man bemerkt sehr oft, dass der Eindruck der Demonstration auf den Kranken ein überraschend günstiger ist. Kranke, welche in der Regel wenig Selbstbeherrschung zeigen, nehmen sich in der Clinik sichtlich in ansprechender Weise zusammen, unruhige Kranke zeigen sich nicht selten ruhiger, Kranke, welche sonst mit irrsinnigen Stimmungen und Vorstellungen Comödie spielen, unterlassen dies, Kranke, welche sprachlos versunken gewesen, äussern sich zuweilen in merkwürdig netter, interessanter Weise; von den Kranken, die überhaupt orientirt sind, kennen die meisten den Unterrichtszweck der Demonstrationen, sind keineswegs unzufrieden darüber, und manche suchen ihn ihrerseits positiv zu unterstützen; nur Laien brauche ich zu bemerken, dass dies alles ebenso gut für das weibliche, wie für das männliche Geschlecht gilt.

Also an der Nützlichkeit, an der Nothwendigkeit, an der leichten Ausführbarkeit kann nicht der geringste Zweifel mehr bestehen und das reiche Beobachtungsmaterial, das heutzutage die öffentlichen Irrenanstalten bieten, das Jahr um Jahr fruchtlos für den Unterricht dahinschwindet, sollte endlich für diesen wichtigen Zweck aufgeschlossen und fruchtbar gemacht werden.

Ueber das Wie? der Ausführung, besonders über das Verhältniss der psychiatrischen Cliniken zu den sonstigen Irrenanstalten, mussten allerdings erst Erfahrungen gemacht werden, ehe man aus Unsicherheiten und Zweifeln heraus kommen konnte. Der Einzelne, der diese Erfahrungen machen kann, muss lernen, einer neuen Aufgabe gegenüber für diese das Richtige unbefangen, unbekümmert um herrschende Meinungen, selbst wo es erfordert wird, mit Verzicht auf bisher selbst gehegte Ansichten zu finden. So ging es auch mir vor dieser Frage. Ich brauchte längere Zeit, bis ich mir über die Mittel, den Zweck des psychiatrischen Unterrichts am sachgemässesten zu erreichen, vollkommen klar war und bis meine von den gegenwärtigen Irrenanstalten und den das Irrenverpflegungswesen beherrschenden Anschauungen hergenommenen Begriffe vor einer weiteren Erfahrung allmählig andern Ansichten Platz machten. Ich kann also, da nur sehr wenige Männer in Deutschland in der Lage gewesen sein können, einen ähnlichen Weg zu einem selbständigen Standpunkte zu gehen, nicht auf sofortige allgemeine Zustimmung zu meinen Ansichten, aber ich darf wohl auf eine

ruhige Prüfung derselben rechnen. Eine ganz kurze Zeit wird genügen, ihnen durch die Erfahrung die volle Geltung zu verschaffen und entgegengesetzte Massnahmen als unpractisch erkennen zu lassen. Ich beschränke mich auf die Formulirung weniger Sätze:

1) Die psychiatrische Clinik als allgemeiner Unterrichtsgegenstand wird nie, auch nicht durch obligatorische Massregeln freudig gedeihen, wenn ihr Besuch dem Zuhörer durch äussere Umstände erschwert wird; es muss vielmehr die grösste äussere Erleichterung für den Besucher angestrebt, es muss ihm Zeitverlust vor allem erspart, es muss ihm Alles so zugänglich als möglich gemacht werden.

Es sind also alle Einrichtungen unzweckmässig, wo erst in Entfernung von der Stadt, oder (in einer grossen Stadt) in bedeutender Entfernung von dem Sitze der übrigen Cliniken der Ort der psychiatrischen Clinik aufgesucht werden muss. Es ist vielmehr die grösste Nähe bei den übrigen Cliniken ein höchst wesentlicher Punkt. Eine Entfernung von einer Viertelstunde von den übrigen Cliniken ist bereits ein Hinderniss, welches Alles beeinträchtigen kann. Die bei weitem beste Einrichtung ist die, wo dicht und unmittelbar an den übrigen Cliniken auch die psychiatrische Clinik liegt.

2) Die psychiatrische Clinik muss ein reichhaltiges Material acuter Fälle besitzen. Der künftige Praktiker muss vor allem mit der richtigen Auffassung, Diagnose und Behandlung dieser, wenn sie sich ihm in den Familien bieten, vertraut werden; nur an den acuten Fällen ist ein wirklicher Verlauf, ist das Lebendige des vor- und rückschreitenden Processes, der Anfang, die Reconvalescenz, ein interessanter Complex zu der Hirnerkrankung gehöriger anderweitiger Symptome, der Erfolg oder Nichterfolg der Therapie zu sehen.

3) Es liegt in der Natur der Sache, dass bei vielen acuten Fällen ein rascher Wechsel der Kranken stattfindet. Desshalb kann ein gutes clinisches Asyl klein sein; es braucht die Zahl von 100, 120 nicht zu überschreiten, es kann bei sehr reichlichen acuten Kranken und bei guter Fürsorge für die baldige Wegschaffung nicht mehr geeigneter Fälle selbst nur 60—80 Betten enthalten. Ich demonstrire bei einer durchschnittlichen Geisteskrankenzahl von 120, und bei einer Jahresaufnahme, die z. B. im Jahre 1865 430 sogen. Geisteskranke und 86 Epileptiker betrug, im Semester 80—100 Fälle, wobei die wichtigsten Krankheiten, wie die Paralyse, in sehr zahlreichen Symptomen-Varietäten gezeigt werden und meistens auch die selteneren Formen in mancherlei Modificationen repräsentirt sind. Dies genügt, verbunden mit einem zusammenhängenden Cursus der Psychiatrie, vollständig, um

den Schüler in jenes erste Verständniss der Sache einzuführen, wie es überhaupt der Universitäts-Unterricht für alle practischen Disciplinen geben kann.

4) Es ist auch im Geringsten nicht zu fürchten, dass bei dieser Einrichtung die chronischen und „unheilbaren" Zustände, die zahllosen Residuen abgelaufener Processe dem Schüler nicht in genügender Menge und prägnant genug demonstrirt werden können. Es ist (bei jeder Art von Einrichtung) nach der Erfahrung aller Anstalten unvermeidlich, dass sich in einem jeden Asyl stets eine ziemliche, für den Unterricht ganz genügende Anzahl dieser Fälle findet; es ist das Gegentheil, dass diese Residuen die acuten Fälle an Zahl weit übertreffen, allein zu fürchten und aufs eifrigste für die Möglichkeit ihres steten Abflusses, sobald sie dem Unterrichtszweck gedient haben, wie bei jeder andern Clinik Sorge zu tragen.

5) Wie schon die bisher aufgezählten, so stimmen auch alle übrigen Erfordernisse des clinischen Asyls mit denen des Stadt-Asyls vollständig überein (p. 13 ff.). Es kann auf dem Areal der clinischen Krankenhäuser selbst oder in deren nächster Nähe placirt werden, es kann selbst ein Bestandtheil — aber ein aparter — eines solchen Krankenhauses sein; von den allgemeinen Normen der Verwaltung und der Hausordnung ist es leicht, diejenigen, gar nicht bedeutenden Ausnahmen zu machen, die die specielle Bestimmung dieser Abtheilung erfordert. Man versehe das Stadt-Asyl in einer Universitätsstadt mit allen denjenigen Hülfsmitteln, welche es zu einem wahren wissenschaftlichen Observatorium zu machen im Stande sind, man gebe ihm noch einen Hörsaal — so ist aus dem Stadt-Asyl, wie wir es oben schilderten, das clinische Asyl geworden.

Auf diesem und nur auf diesem Wege wird in wirklich genügender Weise für den clinischen Unterricht der Psychiatrie gesorgt.

Wäre es allerdings durch die local bestehenden Umstände für eine Universität ganz unmöglich geworden, ein kleines Asyl überwiegend acuter Fälle zu gewinnen, wäre es zugleich aber möglich oder aus dringenden Gründen geboten, in nächste Nähe derselben eine grössere Pflegeanstalt zu verlegen, so wäre freilich das Material einer solchen für den Unterricht lange nicht so brauchbar, aber es wäre immer noch viel besser als nichts. Als ein solches Pis-aller allein kann sich der Gedanke rechtfertigen lassen, grosse Pflegeanstalten zum Unterrichte zu verwenden; es wird ihm aber stets der weitere Umstand entgegenstehen, dass gute Pflegeanstalten den ländlichen Charakter haben sollen, desshalb in Entfernung von Städten zu verlegen sind,

also den sub 1 aufgeführten Haupterfordernissen nicht entsprechen werden.

Immerhin ist aber ein solcher unvollkommener Modus besser als gar keiner; er gibt wenigstens dem Lehrer der Psychiatrie Gelegenheit, sein Fach zu treiben. Wo also in einem Lande, das eine Universität hat, überhaupt nur eine einzige Anstalt Bedürfniss ist, werde diese immer in nächste Nähe der Universität verlegt und unglückseligen Rathschlägen, sie im Gegentheil in ländliche Einsamkeit zu setzen, kein Gehör gegeben; in der Nähe unserer kleinen Universitäten sind in der Regel alle Zustände und Verhältnisse schon ländlich genug.

Wenn nun die clinischen Asyle und selbst die Stadt-Asyle sehr wohl Bestandtheile grösserer Krankenhäuser sein können, so ist hiermit der Satz, der in der heutigen deutschen Psychiatrie viele Geltung hat, dass für Geisteskranke immer nur ganz eigene und eigenthümliche Anstalten zweckmässig und erforderlich seien, bereits beleuchtet. Dieser Satz ging vornemlich aus der zunftmässigen Abschliessung der Psychiatrie und aus einer allzugrossen Verallgemeinerung dessen, was nur für einen Theil der Kranken gilt, hervor. Hat man einmal die Einheit der sogen. Geisteskrankheiten mit den übrigen Hirn- und Nervenkrankheiten erkannt, sieht man alle Tage, wie es ja bei einer Menge von Kranken vollkommen willkührlich ist, ob man sie „geisteskrank“ oder sonst „nervenkrank“ nennen, ob man sie auf die „Irren-Abtheilung“ ode auf die „Nervenkranken-Abtheilung“ eines Hospitals verlegen will, so weiss man sogleich, wie man über diese Frage zu denken hat. Doch seien gelegentlich noch wenige Worte über die weitere Frage gestattet, ob nicht auch Geisteskranke in gewöhnlichen Hospitälern nicht blos transitorisch und etwa noch in dringenden Nothfällen, sondern dauernd verpflegt werden können?

Diese Frage ist für eine gewisse Classe sogen. Geisteskranker und für eine gewisse Classe von Hospitälern aufs Bestimmteste zu bejahen. Chronische, ganz ruhige, mit den Krankheitsresiduen des einfachen Schwachsinns und namentlich wirklichen Blödsinns behaftete, einfache Geistes-Invaliden, an Lähmungen, Krämpfen u. dergl. Leidende und zugleich mehr oder weniger Verwirrte und Denkunfähige, die grosse Masse stumpfer Epileptiker etc. können natürlich mit

anderen körperlich Invaliden sehr wohl in grossen Pflegehäusern beisammen sein. Ob diese geistig Siechen und Verkrüppelten, diese socialen und intellectuellen Nullen mit den bloss körperlich Siechen an einem Orte vereinigt werden sollen, oder ob man für jene besondere Orte braucht, das könnte nur etwa auf ihre Zahl ankommen, etwas Principielles und innerlich Wichtiges liegt gar nicht darin; die Bedürfnisse beider Classen sind dieselben. Freilich dürfen die Geisteskranken und Schwachsinnigen in solchen grossen Hospitälern nicht, wie man es heutzutage noch oft sieht, in die hintersten Winkel der Gebäude verwiesen, in feuchte traurige Höfe zusammengesperrt werden, an deren Wänden die Katzen herumschleichen, wo kein Baum und keine Blume den Blick erfreut, wo kaum der blaue Himmel zwischen finstern Dächern zu sehen ist; sondern aufs einfachste, aber ebensogut gehalten und verpflegt wie alle übrigen Bewohner dieser Hospitäler, mit Licht und Luft reichlich versehen, unter steter guter ärztlicher Fürsorge, sollen nach dem humanen Sinne unserer Zeit auch diese Unglücklichen den von der Natur ihnen bestimmten Kreis des Lebens vollenden. Religiöse Genossenschaften können sich bei der Pflege dieser Klasse von Kranken mit dem grössten Vortheil betheiligen. Vor Allem aber — die Wissenschaft hat sich ihrer noch anzunehmen und das unschätzbare Material der Forschung und des Unterrichts, das sie bieten, nicht verloren gehen zu lassen. Aber auf diese Classe von Individuen muss der dauernde Aufenthalt Geisteskranker in allgemeinen Hospitälern beschränkt werden. Unglückselig sind in ihnen solche Kranke, welche noch körperlich rüstig und kräftig, verrückt oder mit nur geringem Grade von Schwachsinn behaftet, der Arbeit, besonders der Arbeit im Freien bedürfen. Diese Armen sitzen hier oft Jahre lang völlig müssig, hinter vergitterten Fenstern in Zellen, ihre unbenutzte Körperkraft übt sich im Schreien und Zerstören! Sie selbst sind in der Hölle, und sie stören die Ordnung und Harmonie jedes solchen Hauses aufs gründlichste.

Also — ein grosser Theil der sogen. Geisteskranken, sowohl die acuten als viele schwere chronische, veraltete Fälle können und sollen daher auch auf Abtheilungen gewöhnlicher Hospitäler oder doch in Anstalten, die den Character und die Einrichtung der modernen „Irrenanstalten“ nicht zu haben brauchen, aufs beste verpflegt werden. Werden dadurch vielleicht die modernen Irrenanstalten überhaupt entbehr-

lich? — Nein, so stehen die Dinge nicht. Es giebt eine grosse Menge von chronisch*) Kranken, oder vom medicinischen Standpunkte betrachtet eigentlich mehr mit Krankheitsresten, Residuen, häufig unter einem Wechsel von Besserung und Verschlimmerung Behafteten, sog. Verrückte, leicht Schwachsinnige, an häufig wiederkehrenden periodischen oder an circulären Störungen, an moral insanity etc. leidende, körperlich mehr oder weniger rüstige Menschen, für welche eigene, ihren Zuständen speciell angepasste Verpflegungsverhältnisse hergestellt werden müssen, und diese Verpflegungsverhältnisse schliessen sich am meisten den jetzigen Irrenanstalten an. — Es sind unter diesen Menschen viele, welche nicht zu Hause in ihren eigenen Familien — wenn sie solche überhaupt haben — existiren können, weil von ihren geschwächten Verstandeskräften schon einfache Verhältnisse des gewöhnlichen Lebens nicht mehr bewältigt werden, weil sie in dem gewöhnlichen Lebenskreise häufig in Aufregung und Verwirrung gerathen, zu Hause nicht verstanden und unpassend behandelt werden, wegen ihrer Krankheitsäusserungen Misshandlungen ausgesetzt sind und für ihre Umgebung mehr oder weniger störend und gefährlich werden. Viele dieser Individuen sind noch fähig, ihr Leben für Andere zum Theil nützlich zu machen, namentlich ihre körperlichen Kräfte zu geeigneter Production zu verwenden, und auch zum Theil noch selbst ihres Lebens sich zu freuen; aber nur unter der Bedingung, dass sie in eigenen, einfachen, ihren Zuständen speciell angepassten Verhältnissen leben. In solchen Verhältnissen sehen wir eine Menge dieser Menschen, die zu Hause nicht nur complet arbeitsunfähige, sondern ausserdem noch völlig unerträgliche Individuen waren, als ruhige, bescheidene, relativ zufriedene Arbeiter viele Jahre lang ein für sie selbst und Andere befriedigendes Dasein führen; ihre dazwischenlaufenden Erregungen mannigfaltiger Art legen und beschwichtigen sich leicht bei guter Behandlung, ihre körperliche Gesundheit erhält sich, geistige Bedürfnisse sind ihnen nicht ganz fremd geworden, in ihren Manieren, ihrer Sprech- und Handlungsweise halten sie noch leidlich die Formen des gesunden Lebens ein, kurz es ist ihnen — aber eben nur in speciell eingerichteten Verhältnissen — ein humanes

*) Chronisch ist noch nicht nothwendig gänzlich unheilbar. Das, was man unter „Heilung“ versteht, kann manchem dieser Individuen im Laufe der Jahre noch geleistet werden; der wohlthätige Einfluss eines längeren vollkommenen Landlebens ist für einzelne solcher Kranken sehr hoch in dieser Beziehung zu schätzen.

Leben noch mehr oder weniger möglich und wer für sie sorgen will, der muss ihnen eben dieses humane Leben, Jedem so viel als möglich, verschaffen, wenn er die Humanität nicht bloss im Munde führen will.

Der Mensch, auch der sogen. Geisteskranke, ist keine lebendige Maschine, deren Function mit Befriedigung von Essen und Trinken und kahler mechanischer Arbeit abgethan wäre; er hat Sinne, er hat Interessen, er hat ein Herz. Wohl ist bei vielen Psychisch-Gestörten der Geist in Nacht versunken, das Gemüth erloschen, der Wille gebrochen, aber bei anderen sind diese Regungen noch vorhanden, wenn auch oft nur als unter der Asche glimmende Funken. Es sind kostbare Funken! Die Seelenkräfte der menschlichen Natur, die gesunden Gemüthsregungen müssen an diesen Kranken gehegt und gepflegt werden, müssen zur Geltung kommen und sich bethätigen können. Je mehr, je besser dies irgend eine Verpflegungsart diesen Kranken leistet, um so besser, je weniger sie es leistet, um so schlechter ist sie. Ich weiss nun wohl, dass dies nicht allein von der Verpflegungs-Art, sondern ebensosehr von der Handhabung und Führung der Verpflegungsart im Einzelnen abhängt; ein an sich schlechter Verpflegungsmodus kann durch den Geist der Menschenliebe, der Vernunft und Milde, der von der leitenden Persönlichkeit ausgeht, besonders wenn sich diese Eigenschaften noch mit wissenschaftlichem Sinne, mit dem rechten Triebe nach Erforschung der Wahrheit verbinden, seine Bestimmung noch schön erfüllen, während der in den humansten Intentionen gedachte Modus bei entgegengesetzter Oberleitung den Pfleglingen das Elend schafft. Aber auch diese Correctur schlechter Verhältnisse durch gute Persönlichkeiten hat ihre Grenzen, die Personen wechseln und wir müssen bei allen Einrichtungen das Beste unabhängig von dem Wechsel der Individualitäten herzustellen suchen.

Für die Geisteskranken, um die es sich hier handelt, hat man sich auf einen langen Aufenthalt, auf eine Reihe von Jahren, oft auf ein halbes Leben einzurichten. Für diese ganze Zeit soll ihnen das gewährt werden, was ich eben aussprach, möglichster Nutzen ihres Daseins für Andere und für die bürgerliche Gesellschaft, die für sie sorgt, Wahrung ihrer körperlichen Gesundheit, Erhaltung jeder guten Regung des Gemüths und Geistes, bescheidener Lebensgenuss, unter allen Umständen möglichster Schutz vor weiterem Versinken.

Diese grossen Aufgaben hat die neuere Psychiatrie auf dem Wege der Casernirung — dies Wort ohne die geringste üble Nebenbedeutung gebraucht — zu erreichen gesucht. In grossen Pallast- oder Kloster-artigen Gebäuden, die vom Publicum gewöhnlich sehr bewundert werden (während es heutzutage jedem tüchtigen Baumeister kinderleicht ist, ein solches nach den vortrefflichen Mustern von England und Holland herzustellen), finden sich mehr oder weniger Hunderte, in England bereits hier und da weit über Tausend dieser Kranken beisammen. Mit grösster, überlegtester Sorgfalt, ja mit Raffinement wird für die Einrichtung dieser Anstalten, für Luft, Licht, Verpflegung, Beschäftigung und Zerstreuung der Kranken gesorgt, der Dienst in ihnen ist im Allgemeinen gut regulirt und ein reges Streben der Irrenärzte geht auf weiter noch anzubringende Verbesserungen in den Details der Einrichtungen. Die thörichten Ausschreitungen des Luxus an einzelnen Orten, aber auch der traurige Contrast, der sich da und dort zwischen prachtvollen Hallen und Strohsäcken zum Daraufschlafen, zwischen grossen Parks und dürftigem Essen u. dergl. finden mag, fallen nimmermehr dem Systeme selbst zur Last; mit Stolz wird auf diese Häuser, als auf schöne Monumente der Humanität des Jahrhunderts hingewiesen.

Anders erscheint die Sache schon vom ökonomischen Standpunkt. Im Gebiete der öffentlichen Wohlthätigkeit ist das, was der Eine zuviel hat, einem Andern, auch Dürftigen entzogen; so viele als möglich, so gut als möglich, so billig als möglich zu verpflegen, ist hier die Aufgabe. Ob diese auf dem heutigen Wege erfüllt wird, lässt sich mit Recht bezweifeln. Man rechnet bei den Neubauten, wie solche von der heutigen Psychiatrie fast allgemein verlangt werden, circa 1000 Thlr. auf die Herstellung eines Platzes für einen Kranken. Diese Summe wird öfters noch überschritten. Eine neue deutsche Anstalt, für 400 Kranke bestimmt, hat mit der Einrichtung 600,000 Thlr. gekostet. Das Ausland bleibt nicht zurück. Die drei neuen Pariser Anstalten, Ste Anne, Ville-Evrard und Vaucluse werden für 1800 Kranke zusammen 22 Millionen Franken (circa 2800 Thlr. pr. Kopf) kosten, und diese Beispiele liessen sich vervielfältigen. Glücklicherweise ist dies nicht der allgemeine Masstab; aber man bedenke, dass in den letzten 20 Jahren ungefähr 4000 Plätze in deutschen Irrenanstalten hergestellt werden mussten und dass in ganz Europa wahrscheinlich gegen 300,000 Irre in Anstalten sind, für welche doch am Ende überall gute Anstalten gefordert werden, dass zu den Herstellungskosten die Unterhaltungskosten der Anstalten und die Verpflegungsgelder der dürftigen Kran-

ken kommen; und man wird zugeben, dass dies Ausgaben sind, die ausser Verhältniss zu dem stehen, was auf anderen Gebieten der öffentlichen Wohlthätigkeit geleistet wird.

Würde ich das Geld für in allen Beziehungen wohl angewendet halten, so müsste ich die Ausgaben billigen; meine Meinung ist aber die, dass für viele der Menschen, die diesem kostspieligen Verpflegungsmodus unterstellt sind, derselbe nicht nothwendig und dass er für viele nicht einmal zuträglich ist. Wer möchte nicht die vortrefflichen Absichten der Männer, die diese Einrichtungen hergestellt und den Gedanken derselben bisher vertreten haben, anerkennen! Ich selbst kannte ja bis vor wenigen Jahren auch nichts Anderes und Besseres und ich glaube, dass die vollständige Aus- und Durchführung des Gedankens eine nothwendige Durchgangsstufe zu weiteren Gestaltungen sein musste. Aber ich glaube auch, dass dieser Gedanke der ausschliesslich casernenartigen Massenverpflegung chronischer, noch eines humanen Lebens fähiger Geisteskranker jetzt sich ausgelebt und keine weitere Zukunft mehr hat, und dass für einen erheblichen Theil der Kranken, die bisher in diesem Verpflegungsmodus leben, Besseres an seine Stelle treten kann.

Es ist ein Unglück, wie im Irrenwesen die Guten unter den Schlimmen leiden müssen. Weil einer gewissen Anzahl der Chronisch-Kranken, von denen wir jetzt sprechen, ein Leben, welches dem der Gesunden gleicht und sich ihm anschliesst, nicht mehr möglich ist, entzieht man solches einer beträchtlichen Menge solcher, denen es noch sehr wohl möglich wäre und der Gedanke, dass jede Categorie nach ihrer Art zu halten sei, wird an vielen Orten noch gar nicht begriffen. Man stellt nach jenen Schlimmen Satzungen auf, die für „die Irren" überhaupt gelten sollen und trifft Einrichtungen, die diesen Satzungen entsprechen. Weil eine gewisse Anzahl Geisteskranker ihrer Umgebung gefährlich werden kann, behandelt man eine grosse Menge derselben wie wenn sie gefährlich wären; weil eine gewisse Anzahl keiner Freiheit sich mehr erfreuen kann, macht man die Freiheits-Entziehung zur allgemeinen Regel. Ich meine nicht, dass geisteskranken Personen jemals dieselbe Freiheit wie Gesunden gegeben werden soll, aber ich meine, dass ihnen diejenige Freiheit zu gewähren sei, welche mit der Sicherheit und dem Wohlsein der bürgerlichen Gesellschaft und mit dem eigenen Zustande des Kranken verträglich ist, ich meine

daher, dass sehr vielen unter ihnen viel mehr von einer weise geregelten Freiheit gegeben werden kann, also auch gegeben werden muss, als man gegenwärtig in Deutschland allgemein anzunehmen geneigt ist und als sie derzeit haben. Der Grund dieses Muss liegt nicht nur darin, dass es überhaupt ein Unrecht ist, die Freiheit eines kranken Menschen mehr zu beschränken, als dies stricte nothwendig ist, sondern wesentlich darin, dass die gesunden Gemüthskräfte, deren Erhaltung und Bethätigung zu einem wahrhaft humanen Leben eine Hauptaufgabe bei diesen chronischen Fällen ist, in vieljähriger kasernenartiger Disciplin, in einer mechanisirten Lebensweise und einem steten Zusammensein des Kranken mit lauter andern Kranken verkümmern und untergehen, wie wir dies an Hunderten von Kranken der Pflegeanstalten sehen, weil diese Kräfte eben nur bei einem gewissen Masse von Freiheit gedeihen können. Unserem hochgeehrten Collegen Roller*) verdanken wir den Satz, den ich a. 1861 auf die letzte Seite meines Buches aufgenommen habe, dass viele Irre viel mehr Freiheit ertragen können, als man gewöhnlich annimmt. Seither habe ich die Wahrheit dieses Satzes an mehr als einem Orte durch eigene Anschauung kennen gelernt und freue mich erst recht der Uebereinstimmung. Können sie sie aber „ertragen“, so müssen sie sie auch haben.

Doch lange nicht alle. Einer Anzahl dieser Menschen können wir eine Beschränkung auf einen bestimmten Raum, ein stetes Leben unter lauter Leidensgenossen nicht ersparen und wir müssen anerkennen, dass in steter, naher Beaufsichtigung und streng mechanisirter Lebensweise noch eine grosse Wohlthat für sie liegt. Es sind dies alle gefährlichen, alle sehr störenden, chronisch turbulenten, alle social überhaupt gar nicht mehr brauchbaren Geisteskranken, welche also alle, sofern sie nicht in Siechenhäuser gehören, der Confinirung in eigentliche Irrenanstalten bedürfen. — Welche der sogen. Geisteskranken gefährlich seien, darüber ist schon viel gesprochen worden. Meiner auf Erfahrung gegründeten Ueberzeugung nach kommt in dieser Beziehung die Hauptsache auf das Medium an, in dem sich der Kranke befindet; ist dieses ein für seinen Zustand geeignetes, ist die Behandlung richtig und gut, so ist die ungeheure Mehrzahl der Kranken vollkommen ungefährlich, während bei unzweckmässigen Aussenverhältnissen, äusseren Reizungen, schlechter Behandlung fast Jeder einmal gefährlich werden kann. So viel ist sicher, dass man noch vor 20 Jah-

*) Zeitschrift für Psychiatrie XV. p. 420.

ren die Freiheit, die man jetzt einer Menge von Kranken in den agricolen Colonieen mit dem grössten Vortheil giebt, für höchst gefährlich gehalten hätte und dass in Gheel bei einer freien Irrenbevölkerung von mehr als 1000 Kranken Jahre vergehen können, ohne dass gefährliche Handlungen von denselben, oder doch nicht in höherem Masse als bei derselben Anzahl von Gesunden vorkommen*). Sicher ist auch, dass einzelne gefährliche Handlungen, wie überhaupt einzelne Unglücksfälle in der Welt sich bei jeder Vorsicht in gar keiner Weise verhüten lassen, selbst wenn man alle Kranken beständig binden und einsperren wollte; sicher aber auch andererseits, dass es einzelne Kranke giebt, die zeitweise bei jeder Art von Behandlung und in jedem äusseren Medium sehr gefährlich werden können (vor allem einzelne epileptische Hallucinanten und einzelne Menschen mit gewissen, selteneren Formen von moral insanity) und dass da, wo wirklich auch nur berechtigte Vermuthungen für diese Gefährlichkeit eines Individuums sprechen, die Vorsicht Massregeln gebietet, wie wenn solche wirklich vorhanden wäre.

Zu den Menschen also, welche aus diesen allgemeinen Gründen einer anhaltenden Bewahrung in einer „geschlossenen“ Irrenanstalt bedürfen, sind im Einzelnen zu rechnen: diejenigen, welche früher schon gefährliche Handlungen begangen haben**) oder durch Drohungen und durch ihr Verhalten den Gedanken solcher Handlungen wirklich vermuthen lassen, Menschen mit häufigem Selbstmordtriebe, mit krankhafter Neigung zu alkoholischen oder erotistischen Excessen oder zu häufigen Diebstählen, Menschen welche an starken Sinnestäuschungen leidend die realen Verhältnisse der sie umgebenden Welt gänzlich verkennen, Menschen, welche jede Freiheit benutzen um Fluchtversuche anzustellen, zu vagabundiren, sich überall unnütz zu machen, durch Angehen der öffentlichen Behörden Störungen und Aergerniss veranlassen, Menschen, welche öfters in Angstzustände, in einen unruhigen,

*) Man wende nicht ein, dass in Gheel vermöge des Art. 27 des Reglements vom 1. Mai 1851 kein gefährlicher Irrer aufgenommen werden darf; dieser Art. ist practisch nicht ausführbar und wird auch häufig genug nothgedrungen übertreten. Und wie können Irre überhaupt so gefährlich sein als Manche glauben, wenn sich über 1000 mit Leichtigkeit zusammenfinden, welche ungefährlich sind!

**) Auch dies cum grano salis. Ich glaube nicht, dass ein Mann, der im 20. Lebensjahre in einem epileptischen Traumanfalle einen andern ums Leben brachte, desshalb sein ganzes künftiges Leben, vielleicht 50 Jahre lang, im Irrenhause zubringen soll. Die bürgerliche Gesellschaft würde hier eine übertriebene Vorsicht sehr theuer bezahlen.

aufgeregten Zustand oder in Zornmüthigkeit gerathen, namentlich also eine grosse Zahl von Epileptikern auch besserer Classe, welche so oft die letztgenannten Zustände zeigen und welche überhaupt bei gleichzeitigen psychischen Anomalieen schon mässigen Grades nicht in der bürgerlichen Gemeinschaft erträglich sind. Die „geschlossene“ Anstalt hat aber noch weiter solche chronisch Kranke vorübergehend oder lange zu beherbergen, welche wegen irgend welcher körperlichen Leiden eine längere medicinische Behandlung, z. B. mit Bädern und dergl. bedürfen, oder welche als bettlägerig eine besondere Pflege erfordern, ohne doch dem Siechen- oder Versorgungshause anheim fallen zu können. Man sieht, dass es nicht an Kranken fehlt, für die der Aufenthalt in einer „geschlossenen“ Irrenanstalt als wohlthätig und als durchaus nothwendig erkannt wird, dass von der „Zerstörung“ (!) der Irrenanstalten bei vernünftigen Menschen keine Rede ist, dass vielmehr solche geschlossene Asyle da, wo sie noch nicht bestehen, als die dringendsten Erfordernisse sofort verlangt werden müssen.

Aber es giebt eine andere Art chronisch Geisteskranker, welche jenes oben erwähnten grösseren Masses von Freiheit fähig sind und es deshalb auch zugetheilt bekommen müssen, jene Besseren, die nicht unter den Schlimmsten leiden sollen. In jeder Irrenanstalt — man gehe sie mit *unbefangenen*, psychiatrischen Blicken durch — finden wir eine Anzahl von Individuen, welche nie nach Hause in die alten Verhältnisse, wo ohnedies oft die Krankheit die werthvollsten Lebens-Interessen zerstört hat, zurückkehren, welche überhaupt das Leben in der vollen Welt der Gesunden nie mehr durchführen und ertragen können, aber desshalb doch nicht einer lebenslänglichen Reclusion bedürfen. Sie sind in der Irrenanstalt, wiewohl eigentlich alle Welt, am besten vielleicht der Director derselben fühlt, dass sie eigentlich einer *solchen* Anstalt nicht bedürfen, dass sie zu gut sind, um unter Schwachsinnigen, gänzlich Verrückten, Hallucinanten und Epileptikern zu leben; sie sind eine lange Reihe von Jahren da, lediglich — *weil man sonst nirgends mit ihnen hinweiss*. Sie sind harmlos, ruhig, arbeitsfähig, bis zu einem gewissen Grade verständig, in einfachen, eingewohnten Verhältnissen brauchbar, still und friedlich (hier und da wohl auch einmal laut, aber gänzlich inoffensiv); langsam sterben in der Monotonie und Uniformität der Anstalt ihre Gemüthsregungen ab und mehr und mehr werden sie zu stumpfen, die Reclusion als Nothwendigkeit hinnehmenden Insassen des Irrenhauses. An dieser unglücklichen Classe

von Kranken hat die öffentliche Wohlthätigkeit viel gut zu machen. Sie hat auf Mittel zu sinnen, diesen Menschen die ihnen nothwendigen Verhältnisse herzustellen. Sie hat sie aus der strengen Clausur heraus in die freieren Verpflegungsformen (welche allgemeine Bezeichnung gleich näher erläutert werden wird) zu bringen, womit nicht nur diesen Menschen selbst das Unglück und die Unbehaglichkeit steter Freiheitsberaubung gehoben wird, sondern auch die „geschlossenen“ Asyle von ihrer nicht länger mehr erträglichen Ueberfüllung (mit Menschen, welche ihrer zum Theil gar nicht bedürfen!) entlastet, damit schwerwiegende öconomische Gründe verdientermaassen berücksichtigt werden. Die Schusterswittwe N. N. z. B. ist schwachsinnig geworden, sie erklärt sich für eine Prinzessin, läuft nach dem Palais, schreibt unsinnige Briefe, die Strassenjungen rufen ihr nach — kurz, sie ist im Leben unmöglich geworden. Mit 1000 Thlr. Kosten hat man ihr einen Platz geschaffen in einem Pallaste mit hohen, wohl ventilirten Sälen, wo sie alle Tage Fleisch bekommt, wo alles nach der Uhr geht, und wo sie sich sehr unglücklich fühlt; in einer niedern Stube, auf einem Dorfe, bei einfachen braven Leuten, aber unter Ihresgleichen, hätte sie Alles gefunden was sie brauchte, sie hätte Hausarbeit gethan, wie sonst ihr Lebelang, hätte Kinder gehütet, der Nachbarin geholfen etc., kurz ein relativ behagliches Leben in Freiheit und ihr zusagender Arbeit gefunden. Das Gleiche gilt für zahllose andere mässig Schwachsinnige, Verrückte, periodische Maniaci etc. etc.

Nach meiner Ansicht müssen die „freieren Verpflegungsformen“ welcher diese Art Individuen bedarf, immer mit einem geschlossenen Asyle combinirt sein. Wir bekommen daher für die lange, für die dauernde Unterbringung dieser chronischen Kranken Einrichtungen, welche alle 1) aus einer geschlossenen Anstalt, 2) aus der Herstellung einer oder mehrerer, jener Anstalt annectirten freien Verpflegungsformen bestehen, welche beide Theile zusammen ein Ganzes bilden: die Irrenanstalt für chronische Kranke in ihrer den heutigen Anforderungen entsprechenden Entwicklung. Also nicht zerstört oder herabgesetzt soll die Irrenanstalt werden, sondern weiter entwickelt durch Hinzufügung wesentlicher, ihre eigene Leistung ergänzender und erhöhender, neuer Bestandtheile.

Diese Irrenanstalt unterscheidet sich in allen Beziehungen von den Anstalten für acute Zustände, von den clinischen und Stadt-Asylen Sie soll auf dem Lande liegen und einen wesentlich ländlichen Charakter tragen. Alles was einzelne Irrenärzte gegen die Nähe der Anstalten bei grossen Städten geltend gemacht, gilt nur für diese Classe von Anstalten. Dennoch ist eine ländliche Abgeschie-

denheit nicht absolut nothwendig; könnte ausnahmsweise einmal in der Entfernung weniger Stunden von einer grossen Stadt ein geeignetes Terrain gewonnen werden, so stände dem nichts im Wege, aber jedenfalls sollen sie ein Landleben bieten. Ich nenne sie deshalb „ländliche Asyle". Ländliche Beschäftigung soll einen Theil ihres eigentlichen Lebens und Wesens ausmachen.

Ihr Areal muss also gross sein, 60 bis 120 Morgen je nach der Zahl der Kranken; eine grössere Ausdehnung wird nur in seltenen, besonderen Fällen (analog Clermont) zweckmässig sein.

Auch die Zahl der Kranken muss gross sein, sonst findet sich unter ihnen nicht die nöthige Zahl von Arbeitern, die öconomische Führung ist bei einer grossen Zahl viel leichter, die ärztliche findet unter dieser Classe von Kranken, deren viele Jahrelang eigentlich ärztlich gar nichts zu thun geben, keine Schwierigkeit; 400, 500, unter besonderen Umständen selbst bis 600 Köpfe können es hier wohl sein. Kranken-Zahlen, die ich bereits für die bloss „geschlossenen" Asyle ganz verwerflich finde, können hier, bei ausgedehntem Bestehen freierer Verpflegungsformen, wohl und nützlich für alle bestehen. Immer sollen beide Geschlechter in einer Anstalt beisammen sein, wie sie in jedem Hause in der Welt beisammen sind; Irrenanstalten sind keine Mönchs- oder Nonnenklöster und die Vertheilung der Geschäfte macht sich unter beiden Geschlechtern besser.

Alle Einrichtungen müssen auf ein langes Verweilen der Kranken, auf Jahre und Jahrzehende, berechnet sein. Eine wohlorganisirte, mannigfaltige Arbeit ist eine der Grundlagen für alles Weitere; denn Müssiggang ist für den noch rüstigen Irren gerade wie für den Gesunden das Geisteszerstörendste was es giebt. Für Feld- und Gartenbau, für Werkstätten, für richtige Vertheilung der Geschäfte auf alle Jahreszeiten, auf alle Arten der Bewohner muss also ausgiebig gesorgt sein. Alle müssen arbeiten, Sieche, gar nicht mehr Arbeitsfähige gehören nicht in diese Anstalt, sondern ins Verpflegungshaus; die Arbeit muss dienen, einen gewissen Theil der Kosten aufzubringen; auch wer erst in der Anstalt in tiefen Blödsinn, in Paralyse, in unheilbare Zustände völliger Arbeitsunfähigkeit versinkt, wird, wo es ohne Inhumanität geschehen kann, sofort dem Versorgungshause übergeben.

Aber ein Arbeitshaus darf desshalb nicht hergestellt und auch der „geschlossene" Theil des Asyls darf niemals ein Gefängniss werden. Die Anstalt muss auch das enthalten, was einen Theil des Lebens denen ersetzen kann, die für das ganze Leben nicht mehr fähig sind, denen das Irrenhaus eine zweite Welt geworden ist. Also ist für diese Asyle

auf eine schöne oder doch angenehme Gegend, auf die unentbehrliche Wohlthat eines schattigen Parks, auf die Herstellung aller nicht zu kostspieligen Mittel zur Zerstreuung und Erheiterung der Kranken zu sehen. Besonders aber — und das ist nicht genug hervorzuheben — müssen in dem „geschlossenen“ Theile der Anstalt alle Einrichtungen einen heiteren, behaglichen, von gutem Geschmack ohne Luxus zeugenden Character tragen. Im besten Theile ihres Selbst, in ihren ästhetischen und moralischen Empfindungen werden die Kranken gehoben, wenn ihnen das Leben nicht kahl, nur auf das streng Nothwendige reducirt, traurig oder doch in freudenlosem Ernste, sondern freundlich und in einfachem Schmucke erscheint; mit kleinen Ausgaben kann in dieser Hinsicht unendlich viel für Wohlsein und Annehmlichkeit der Kranken geschehen; in dieser Beziehung ist in Deutschland noch viel von den englischen Anstalten, wo dieser Grundsatz längst officiell angenommen*) ist, zu lernen. — Auch für die sonstigen inneren Einrichtungen des „geschlossenen“ Theils können die neuern englischen Anstalten im Allgemeinen, vor allem in ihrem practischen Comfort, aber nicht in ihrem Luxus, zum Muster genommen werden. „Tobabtheilungen“, lange Zellenreihen u. dergl. sind auch hier gänzlich wegzulassen, dagegen wird mit grossem Vortheil ein Theil des Hauses aus lauter kleinen Einzel-Wohnzimmern im Parterre bestehen können und viele Einzel-Schlafzimmer sind ein Hauptbedürfniss. Prachtvolle Façaden, Hallen, Verbindungs-Säulengänge u. dergl. sind für den Zweck dieser Anstalten reine Thorheiten Schon für die Hauptgebäude is der Casernenstyl möglichst zu beschränken; bei passendem Terrain wird sich oft eine unregelmässige Stellung Villa-artiger Gebäude viel mehr empfehlen.

Ein anderer grosser Unterschied der ländlichen von den Stadt- und den clinischen Asylen wird paradox erscheinen. In die letzteren musste die Aufnahme so sehr als immer möglich erleichtert, in die ersteren muss sie erschwert werden. Alles, was nicht in diesen Organismus passt, muss ohne Concession anderen Orten zugewiesen werden, besonders dürfen niemals solche, welche nur für die Versorgung im Siechenhause passen, oder welche sehr gut zu Hause gehalten werden können**), den ländlichen Asylen zufallen; durch den Zudrang,

*) Man vergl. die vortrefflichen Bemerkungen hierüber in Commiss. in Lunacy-Reports f. England XVII. pr. 1862 p. 41.

**) Verrückte z. B. oder leicht Schwachsinnige, welche 11 Monate im Jahre sich vollkommen ruhig und lebensfähig zeigen und 1 Monat lang erregt sind, gehören für die letztere Zeit ins clinische oder städtische Asyl, für den Rest nach Hause.

der gerade zu diesen Asylen der Natur der Sache nach am grössten ist, wird ohne diese Strenge bald die Ueberfüllung in Permanenz erklärt, die Anstalt verdorben und ein guter Theil derer, die sie wirklich nöthig haben, ausgeschlossen.

Für den zweiten Hauptbestandtheil des Asyls, für die „freiere Verpflegungsform“, bieten sich viel weniger, als für den geschlossenen Theil, bereits unmittelbar copirbare Muster dar; eben weil es in dieser Hinsicht noch keine Routine giebt, erscheint ja diese Sache Manchen unausführbar. Sie sprechen dann von Neuerungen, die sich nicht übersehen lassen und von gefährlichen Experimenten, während alle diese Neuerungen schon eingeführt und die Experimente bereits gemacht sind. Nur muss man freilich an Ort und Stelle gehen und die Dinge kennen lernen; wer über solche practische Einrichtungen nach Sopha-Studien urtheilen will, dessen Stimme, und möge sie noch so laut abgegeben werden, ist nicht zu achten.

Zwei Hauptarten freierer Verpflegungsform lassen sich in der Gegenwart ausführen, deren jede wieder mannigfacher Modificationen fähig ist; sie stehen sich nicht als Entweder — Oder gegenüber, sie laufen sozusagen parallel, sie lassen sich selbst beide, je nach den Umständen, leicht und vortheilhaft mit einander combiniren.

1) Die Form der agricolen Colonie bietet einer gewissen Classe von Kranken schon ein ganz anderes Leben als der geschlossene Theil der Anstalt; es ist ein viel weiteres Stück Welt, das sich ihm hier aufthut und in ihm eine freiere Bewegung und eine regere Bethätigung der Arbeitskraft. An der Ferme von Fitz-James (schon 1847 gegründet), an den grossen öconomischen Resultaten, an der Ordnung, der Thätigkeit, dem Wohlsein, die dort herrschen, haben wir bis jetzt das schönste Beispiel und Vorbild für diese Verpflegungsform. In der That haben sich alle Autoritäten der heutigen Zeit in der Anerkennung dieser Institution vereinigt. Der Gedanke derselben hat sich so weit Bahn gebrochen, dass an vielen Orten die Ausführung vor der Thüre ist, wie z. B. die Communalbehörden von Lüttich nach vieljähriger Unentschlossenheit über das beste zu wählende System den einstimmigen Beschluss, eine grosse Anstalt im Modus einer agricolen Colonie (Ferme-Asyle) zu gründen, im vorigen Jahre gefasst haben. — In den Debatten darüber, ob die Ferme unmittelbar mit der geschlossenen Anstalt zu verbinden oder in Entfernung von ihr herzustellen sei, bin ich im Allgemeinen ganz entschieden für das letztere, gebe aber zu,

dass locale Verhältnisse auch einmal für den ersteren Modus entscheiden können. Wichtiger sind folgende Verhältnisse.

Die agricole Colonie passt — wie bemerkt — nur für grosse Asyle. Ein guter Betrieb ist nur bei einer etwas grossen Ausdehnung des Geschäftes möglich. Die Arbeit des Irren ist nur gleich einem Fünftel der Arbeit des Gesunden, 100 Kranke sind also nur gleich 20 rüstigen Feldarbeitern zu schätzen; wenn für die ganze Anstalt strenge Aufnahmsbestimmungen bestehen, die jeden Siechen ausschliessen, wird man immer noch nur etwa unter 5 Bewohnern einen finden, der sich zur Feldarbeit eignet; es wird also, um ungefähr die Arbeitskraft von 20 rüstigen Menschen zu gewinnen, die Gesamtanstalt ungefähr auf 500 Bewohner eingerichtet sein müssen. Es zeigt zwar — entgegen den Einwendungen der Theoretiker — die Erfahrung von Fitz-James aufs schönste, dass auch Menschen, denen ländliche Beschäftigungen früher fremd waren, solche mit grosser Liebe ergreifen und mit bestem Erfolge üben; aber die sogenannten Gebildeten, die Menschen, die zwar „schrecklich viel gelesen", aber nie irgend welchen practischen Gebrauch ihrer Kräfte gelernt haben, sind so gut wie ganz ausgeschlossen von der Atmosphäre des Wohlseins, der Arbeit, der Gemeinsamkeit und Freiheit, welche die agricole Colonie ihren Bewohnern gewährt und welche gerade ihnen so wohlthätig wäre. Handelt es sich also um Errichtung eines ländlichen Asyls für eine Provinz mit einer oder mehren grossen Städten, so ist sehr wohl zu prüfen, ob die vielen Städter ein gutes Element für eine agricole Colonie sein werden; doch wird bei nur sonst günstigen Umständen ein Anfang im Kleinen auch hier öfters gemacht werden können.

Aber — wie Mundy ganz richtig bemerkt — in der agricolen Colonie lebt der Irre immer noch nur in Gesellschaft von anderen Irren und von Wärtern, in einem künstlichen und für Viele immer noch allzu sehr Freiheit, und mit ihr Selbstthätigkeit und geistige Erhebung beschränkenden Medium. Die Colonie ist auch ihrer Natur nach nur für völlig rüstige Irre bestimmt und die Wohlthaten dieser freieren Verpflegungsform können also sehr vielen Kranken, die sonst einer solchen bedürften, nicht zu Theil werden. Es gibt auch überhaupt noch wohlthätigere Einflüsse als die der Colonieen und solche sind

2) in der familialen Verpflegung zu finden, welche für einen gewissen Theil der Irren die eigentlich und einzig richtige ist. Sie gewährt, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der

Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches sociales Medium, die Wohlthat des Familienlebens. Ruhige, durchaus inoffensive Kranke, noch empfänglich für die Eindrücke, um die es sich hier handelt, dem Leben noch nicht ganz entfremdet, noch fähig die meisten gesunden Formen der Existenz zu bewahren, im Ganzen mehr weibliche als männliche Kranke, sind die für diesen Modus der freieren Verpflegung vorzüglich geeigneten und am dringendsten desselben bedürftigen Mit solchen ist überall das familiale System anzufangen; nach und nach wird es sich schon von selbst auf alle diejenigen ausdehnen, welche nicht unter die p. 30 aufgezählten Categorieen der steten Insassen der geschlossenen Anstalten fallen. — Das familiale System kann in zweierlei Modificationen realisirt werden.

A. Entweder es wird in einem dem ländlichen Asyl nächst gelegenen Dorfe oder kleinen Städtchen eine gewisse Zahl von Kranken als Pensionäre zu Landleuten, Handwerkern u. dergl., zu braven, anständigen Familien gegeben, einer, höchstens zwei Kranke in ein Haus. Die ganze Haltung, Pflege und Beschäftigung des Kranken, seine Nahrung, sein Bett etc. werden stets von der Anstalt aus überwacht (aber nicht geliefert), ein Inspector oder ein Assistenzarzt besucht jeden Tag, nach Umständen jeden zweiten Tag, sämtliche Wohnungen; Anfangs können die Kranken noch zweimal in der Woche selbst auf einen halben Tag in die Anstalt kommen, bis sich Pfleger und Kranke an das völlige Zusammenleben gewöhnt haben. Die Kranken theilen die Beschäftigungen, die Mahlzeiten, kurz das Leben der Familie; es werden daher möglicht Menschen von gleichen Lebensverhältnissen, Bildungsstufen, Berufsarten zusammen gebracht, der frühere Schneider kommt wo möglich zum Schneider, der Landbauer zum Landbauer etc. Die Verweisung der einzelnen Kranken in diesen Verpflegungsmodus überhaupt, die Zutheilung derselben an die einzelnen Familien ist durchaus Sache der Direction des Asyls, niemals der Angehörigen des Kranken; die Pension wird mit billiger Berechnung der Arbeit des Kranken mit der Pflegerfamilie vereinbart; für die Praxis der Administration brauchen hier weitere Details nicht gegeben werden. — Ist dieser Verpflegungsmodus ausführbar? . In Gheel ist er mit über 1000, in Schottland mit mehreren 100 Kranken längst in der vortrefflichsten Weise im Gange, im Devonshire County-Asylum ist von Bucknill ein vollkommen gelungener Versuch im Kleinen gemacht,*)

*) Dort sah ich die Sache zuerst. Mein Lebenlang werde ich mich des Abends freuen, wo ich selbst vor diesen kleinen Anfängen, aber vor der

also muss er doch auch an andern Orten ausgeführt werden können. — Aber die Pflege der Kranken? Kann sie jemals ebensogut sein, als in der geschlossenen Anstalt mit ihren luftigen Schlafsälen, ihren Gärten, ihren Wasserleitungen, ihren drei täglichen Mahlzeiten, zu denen gutes Fleisch unter Anwendung der neuesten und vortrefflichsten Küchen-Einrichtungen gar gemacht wird? — Hierauf giebt es nur eine Antwort: Fragt die Kranken in Familien-Verpflegung, welche früher in guten geschlossenen Asylen waren, ob sie in sie zurückkehren wollen? — Das Wohlsein eines Menschen, das wirkliche Sich-Wohlfühlen hängt eben zu geringerem Theile von jenen Dingen, zu grösserem von Gemüthseindrücken ab; wer nicht in die geschlossene Anstalt passt und wem sie nicht nöthig ist, der sieht auf sie als auf ein Gefängniss, nach dessen Fleischtöpfen er sich nimmer zurücksehnt, und — er hat Recht.

B. An Orten dagegen, wo für den zweiten Hauptbestandtheil des Asyls geeignete Verhältnisse zu familialer Unterbringung sich noch nicht finden, sollen solche neu geschaffen werden. — Der Gedanke ist hier einfach der, dass ein Theil des Asyls, statt ein Stück des centralen Gebäudes zu sein, von vorn herein aus diesem hinaus und auseinander gelegt wird. Es wird hier in der Nähe des Centralgebäudes, 10 Minuten bis ½ Stunde von ihm, eine Anzahl ländlicher Wohnungen erbaut, welche ohne steife Aneinanderreihung und ohne in allen Details nach einem Muster hergerichtet zu sein, nach Massgabe des Terrains zerstreut liegen; jedes hat wo möglich seinen eigenen, wenn auch kleinen Garten. Zuerst fängt man mit wenigen (6—10) solcher detachirter ländlicher Gebäude an, welche von Wärterfamilien bewohnt werden; später wenn — was bei richtiger Führung und Prosperität sicher ist — zu diesen ursprünglichen Wärterfamilien noch andere, namentlich Handwerkerfamilien sich heranziehen lassen, werden immer mehr solche kleine Häuser errichtet und es wächst allmälig die Colonie. Jeder Familie werden zwei, höchstens vier Irre der oft erwähnten Categorie zur Verpflegung übergeben und gilt hier alles, was für das familiale Leben nach ersterem Modus galt, täglicher Besuch der Kranken von der Anstalt aus, steter naher Verkehr der Colonie mit dem centralen, geschlossenen Theile des Asyls etc. Jeder neu eintretende Kranke hat zuerst eine Beobachtungszeit im letzteren

---

Gewalt der Thatsachen meine theoretischen Bedenklichkeiten ablegte. Ja es ist so! nicht nur möglich, sondern wirklich! konnte ich ausrufen, und Jahrelange Irrthümer konnte eine einzige Stunde zerstreuen. — Und wenn die Sache dort selbst wieder aufgegeben, und wenn sie von denen verläugnet wurde, die sie gegründet, sie hat gewirkt und wirkt für alle Zeiten.

zuzubringen; sobald in der Colonie acute Krankheits- oder heftige Erregungszustände vorkommen, werden diese Kranken temporär in das Centralgebäude versetzt. Die öconomische Führung, in deren Details hier nicht eingegangen werden kann, beruht im Wesentlichen auf dem Princip, dass die Familien, welche die ländlichen Häuser bewohnen (die Pfleger), im Verhältnisse von Wärtern zu dem Asyl stehen, dass ihnen die Arbeit des Kranken überlassen und mit ihnen verrechnet wird*) und dass nach dem Betrage derselben die Verpflegungs-Entschädigung variirt; auf diesem Princip ist alles weitere aufzubauen.

Während bei der ersten Modification der familialen Verpflegung, in einem präexistirenden Dorfe, die Herstellung der Gebäude für diesen ganzen Theil des Asyls gar nichts kostet, muss bei der zweiten Bau und Einrichtungen immer noch viel billiger kommen als in den geschlossenen Asylen. In der Herstellung zweckmässiger und billiger Wohnungen für die untere Volksklasse (Arbeiterwohnungen) hat es die heutige Zeit rasch weit gebracht, viele Ideen sind hier flüssig gemacht, die grössten Namen des Jahrhunderts haben sich an den Bemühungen dafür betheiligt und ein schneller weiterer Fortschritt ist hierin zu erwarten. Das Arbeiterhaus mit 4 Pièces, nach dem Muster der cité ouvrière von Mülhausen, welches zwei Irre aufnehmen kann, kostet höchstens 800 Thlr. und die Herstellungskosten werden sich, wenn vier Irre auf eine grössere solche Familienwohnung gerechnet werden, nicht höher als 300 Thlr. pr. Kopf stellen, — ein grosser Unterschied gegen die 1000 Thlr. der heutigen Neubauten, aber ein Unterschied, der erst dadurch seine wahre Bedeutung bekommt, dass der betreffenden Classe von Irren mit dem Billigeren auch das Bessere gewährt wird.

Der zuletzt auseinander gesetzte Plan ist nicht neu; sein Hauptgedanke ist von Mundy wiederholt vorgelegt und empfohlen, die Pläne dazu sind von ihm im Detail ausgearbeitet und auch der Oeffentlichkeit übergeben worden Niemals wäre dieser Gedanke möglich gewesen ohne die grossen Erfahrungen, die uns Gheel bietet. An diesem unvergleichlichen Dorfe haben wir ein Vorbild, das wir nicht versuchen sollen mechanisch zu copiren, das aber Jedem, der nicht allein das physische, sondern auch das moralische Wohl der

*) In Gheel besteht in der Hauptsache dasselbe Princip, aber eine blosse allgemeine Schätzung; in den kleineren Verhältnissen, um die es sich bei unserem Plane zunächst handelt, lässt sich eine genauere Berechnung herstellen.

Irren vor Augen hat, den Weg zeigt, der zu betreten ist. Aber meine Plane unterscheiden sich sehr wesentlich von dem, was Gheel ist — in Einigem vielleicht zu ihrem Nachtheil, aber eine vollständige Copie und Reproduction von Gheel an einem andern Orte ist nun einmal einfach unmöglich und andere Forderungen heischen auch ihre Erfüllung. Nach meinem Plane wird die grosse Mehrzahl der acuten Fälle von den clinischen und städtischen Asylen absorbirt, die geistigen Invaliden und Krüppel fallen den Siechenhäusern anheim, den ländlichen Asylen bleiben die chronischen Rüstigen, aber unter ihnen viele welche der geschlossenen Anstalt bedürfen und welche von Gheel Reglementmässig ausgeschlossen sind (Selbstmörder, Homiciden, Erotiker etc.). Die geschlossene Anstalt ist mir immer noch das Centrum des Ganzen; die Colonie zur familialen Verpflegung, der nach meiner Ueberzeugung ebenso nöthige zweite Theil des Asyls, muss sich — sowie die Sachen in der Gegenwart liegen — erst allmälig neben jenem, Anfangs noch präponderirenden Centrum entwickeln, bis sie als ganz ebenbürtig durch ihre Leistungen anerkannt, später wahrscheinlich an den meisten Orten den wichtigeren und bedeutenderen Theil des Ganzen ausmachen wird. Kaum jemals aber wird bei meinem Plane das geschlossene Centrum in das Verhältniss einer blossen Infirmerie zu der Colonie treten, wie dies in Gheel, für die dortigen Verhältnisse in so vorzüglicher Weise der Fall ist; während die Gheeler Infirmerie zu einem stets nur ganz temporären Aufenthalte einzelner Kranken dient*), soll und wird unser centraler geschlossener Theil immer eine grosse Anzahl von Kranken enthalten, welche lange, zum Theil für immer in ihm zu verweilen haben.

Natürlich steht nicht das Geringste im Wege, dass an das geschlossene Asyl sich mehre, ja alle Modificationen der freien Verpflegung anschliessen können. Nur auch hier keine Pedanterie und keine sogenannten Systeme, die Alles über einen Leist schlagen sollen! In einem Asyle von grosser Ausdehnung kann sehr wohl der rüstigste und sonst geeignetste Theil

*) Nach Art. 1 ihres Reglements. — Ich kann nicht umhin, hier der gänzlich irrigen Auffassung entgegenzutreten, als ob durch Errichtung der Infirmerie Gheel sich dem System der geschlossenen Anstalten genähert und seinen eigenthümlichen Charakter aufgegeben habe. Ich fand im Herbst 1866 von über 1000 Kranken Gheels etwas über 30 in der Infirmerie. Die Reglements, die Praxis des verdienten Oberarztes Dr. Bulckens und die Auffassung der permanenten Aufsichtscommission der belgischen Irrenanstalten (Ducpétiaux, Vermeulen und Oudart) stehen alle gleichmässig jener falschen Auffassung entgegen. Vgl. u. A. Neuvième Rapport de la Commission permanente etc. Bruxelles 1866. p. X. ff.

auf einer Ferme gehalten, ein anderer Theil in präexistirenden Landwohnungen untergebracht werden und wenn diese für die familiale Verpflegung nicht ausreichen, so kann noch eine Anzahl ländlicher Wohnungen für Wärterfamilien errichtet werden. Aus dem Systeme der mechanisirten Massenanhäufung der Kranken heraus zu einer Decentralisation zu gelangen, welche dem geeigneten Kranken eine freiere Bewegung, eine bessere Erhaltung seiner Individualität, welche ihm möglichst die Wohlthat des Lebens unter Gesunden bietet — dieses Ziel kann auf verschiedenen Wegen erreicht werden und keiner widerspricht dem andern. Die einfachste Ueberlegung zeigt ja, dass die agricole Colonie — wenn man dieser zunächst den Vorzug geben wollte — doch nur für eine ganz bestimmte Art von Individuen passend ist; weil sie für andere nicht passt, die doch auch der freieren Verpflegung bedürfen, soll diesen solche nun gar nicht zu Theil werden? Man soll weder den Satz aufstellen, dass die Freiheit der Colonie für den Irren die Regel, die geschlossene Anstalt nur die Ausnahme sein soll, noch den gerade entgegengesetzten; man soll vielmehr jedem gerade das Mass der Freiheit geben, welches ihm gelassen werden kann. Die Erfahrungen über dieses Mass sind immer fortzusetzen. Wie die andere grosse Reform in der praktischen Psychiatrie, das Werk des unsterblichen Conolly, uns bereits den grössten Theil der Unruhe und der sogenannten Tobsucht aus den Irrenanstalten verschwinden liess und uns den Geisteskranken bei vollständig milder, den Gebrauch seiner Glieder nie beschränkender Behandlung als einen andern kennen lehrte als wir ihn in den Tobzellen und Zwangsjacken gesehen hatten, so wird uns vielleicht auch der Irre in der freien Verpflegungsform wieder als ein anderer, besserer erscheinen, als der Irre der bisherigen Irrenhäuser; ist dem so, so wird allerdings mehr und mehr die Zahl der freien Colonisten die Zahl der Bewohner der geschlossenen Anstalt überwiegen. Es ist dies aber eine Frage der Zukunft, der wir dann getrost auch Etwas zu thun überlassen dürfen, wenn wir selbst in der Gegenwart das Unsrige thun.

Ich wurde schon gefragt, was denn bei Einführung der freieren Verpflegungsformen aus den heutigen Irrenanstalten werden soll? Ich hörte schon Collegen, die sich der Reform des Anstaltswesens wohl anschliessen könnten — wenn man nur nicht erst vor Kurzem die grossen, kostspieligen Anstalten gebaut hätte! — Und doch steht es fest, dass wir geschlossene Anstalten stets bedürfen werden, und dass

einem grossen Theile der jetzt bestehenden Anstalten, insofern sie überhaupt den Charakter haben, den ein „ländliches Asyl“ haben soll, statt durch Anbau neuer Flügel die Massenanhäufung noch zu vermehren, ein zweiter Bestandtheil, ein freierer Verpflegungsmodus in der Nähe oder in grösserer Entfernung angefügt werden kann und alsdann auch werden soll. Wo dies absolut unthunlich ist, — nun da wirke das geschlossene Asyl fort, indem immer mehr seine Aufnahme auf die Kranken beschränkt wird, die seiner wirklich bedürfen und indem es immer mehr wenigstens den Geist der freieren Verpflegungsformen in seine Mauern einlässt; in manchem wirkt er ja jetzt schon.

An vielen Orten ist aber noch tabula rasa. In mehren Ländern und Provinzen Deutschlands denkt man jetzt ernstlich an den Bau neuer Anstalten, eine ganze Reihe deutscher Universitäten sieht der Errichtung eines ernsthaften psychiatrischen Unterrichts mit Verlangen entgegen. Wohl ist es zu beklagen, dass noch an so manchen Orten so schlecht für die Irren gesorgt ist; aber es mag doch manchmal ein gewisser Instinct den leitenden Personen gesagt haben, dass die in den letzten 30 Jahren allgemein als einzig richtig hingestellten Organisationen nicht das letzte sein werden, was Wissenschaft und praktische Humanität in diesem Gebiete zu realisiren haben; die aus irgend welchem Grunde stattgefundene Verzögerung kann jetzt zum Vortheil der Sache gewendet werden.

Es mag ja in wohlwollendem Sinne gedacht sein, wenn Manche die ganze Aufgabe der Zeit eben in möglichster Vervielfältigung der Irrenanstalten nach den bestehenden Mustern sehen. Die Erfahrung sollte sie aber lehren, dass sie vor einem Danaidenfasse stehen und das Verfahren, neben die kaum gebauten, alsbald überfüllten, d. h. schlecht gewordenen Anstalten immer wieder neue zu setzen, muss aus öconomischen, therapeutischen und socialen Erwägungen eine Grenze finden. Das neue Bedürfniss des clinischen Unterrichts fordert clinische Asyle. Für den alten Schaden der stets wachsenden Anforderungen an die Irren-Verpflegung liegt das Hülfsmittel in der Herstellung der freien Formen, die einer unbegrenzten Ausdehnung mit viel geringeren Kosten fähig und zum Theil selbst öconomisch so vortheilhaft sind, dass sie bei guter Führung vielleicht einer Selbsterhaltung nahe kommen können. Aber nicht einer fernen Zukunft ist die Sache anheim zu stellen, und unverantwortlich wäre es, auf Ueberfüllung der centralen Anstalten, d. h. auf den Zustand, wo alle Zwecke der Anstalt und alles Wohlsein der Kranken schwer benachtheiligt sein werden, warten zu wollen, bis man einer

ganzen Classe von Kranken den ihr zusagendsten Verpflegungsmodus herstellt. Nein, in den ersten Plan jeder neuen Anstalt ist dieser als nothwendiges, wesentliches, von vorn herein gleich berechtigtes Glied aufzunehmen.

Geht nach Clermont! geht vor Allem nach Gheel! möchte ich den Zweiflern, den Unsichern und Schwankenden zurufen. Seht und vergleicht! Es ist ein Zeichen eines kleinen Geistes, überall nur die Schwierigkeiten zu sehen und mit achselzuckendem Ignoriren ist länger nichts mehr zu machen. Seht und vergleicht! Wollt dann nicht alles gleich noch besser haben. Wollt aber auch nicht alles gerade so nachmachen, wie Ihr es seht! Befruchten lasst Euren Geist von dem Gesehenen, und dann an jedem Orte nach seiner Besonderheit! Da, in richtigster Verwendung des Vorliegenden und Gegebenen mag sich vor einer grossen Aufgabe das organisatorische Talent bethätigen, das sich manchmal bisher an Construction der besten Zellen und Closets und an Dingen, die man so oder so machen kann, ohne dass es irgend welchen Einfluss auf das Wohlsein der Kranken hätte, abgearbeitet hat.

III.

Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntnisse von der allgemeinen progressiven Paralyse der Irren.

Von

Dr. C. Westphal,

Privatdocenten in Berlin.

Den Irrenärzten ist seit geraumer Zeit eine eigenthümliche Krankheitsform bekannt, welche durch eine Combination von Störungen der Intelligenz und der Motilität ausgezeichnet ist. Es sind ihr von den französischen Aerzten, denen das Verdienst der ersten genauern Beobachtung gebührt, verschiedene Namen nach dem jedesmaligen Standpunkte und der individuellen Auffassung beigelegt worden: Paralysie générale incomplète (Delaye), Paralysie générale des aliénés (Calmeil), Paralysie générale progressive (Requin, Sandras), Folie paralytique (Parchappe) u. s. w.; wir pflegen sie dem entsprechend allgemeine Paralyse, Paralyse der Irren, auch wohl kurzweg paralytischen Blödsinn (Dementia paralytica) zu nennen. So bekannt nun auch diese Krankheit den Irrenärzten geworden ist, und so viel man in ihrem engeren Kreise darüber discutirt hat, so gering ist doch bisher das Interesse weiterer Kreise daran gewesen. Man überliess diese traurigen Kranken, die einer Behandlung ausserhalb der Anstalten meist gar nicht oder nur unter grossen Schwierigkeiten zugänglich, die von vorn herein hoffnungslos erschienen, gern den Irrenärzten, und mit dem Eintritte des Patienten in die Anstalt erlosch das Interesse an der Krankheit. Die Zeit ist, glaube ich, da, wo die Pforten der Anstalt, wie in so vielen andern, auch in dieser Beziehung sich erschliessen, wo ein für alle Mal die Brücke geschlagen werden soll zwischen der Irrenpathologie, wie man sie bis jetzt fast nennen müsste, und der übrigen Pathologie des Nervensystems: eine jede von beiden hat der anderen eine Reihe von Thatsachen entgegen zu bringen und gewiss

wird man beiderseits überrascht sein, wie viele Anknüpfungspunkte sich darbieten. Es handelt sich nur darum, sich zu verständigen, da namentlich die Irrenpathologie oft in einer Sprache redet, die ausserhalb nicht verstanden wird, wenngleich man sich dort allerdings nicht immer genügend bemüht hat, sie verstehen zu lernen.

Um in dem bezeichneten Sinne auf einem bestimmten Gebiete die Erfahrungen der Irrenananstalt an bekannte Thatsachen der Nervenpathologie anzuknüpfen und mit einander zu vermitteln, will ich in Folgendem den gegenwärtigen Standpunkt unserer Kenntnisse von der allgemeinen Paralyse der Irren einer Erörterung unterziehen; die Fragen, um welche es sich gegenwärtig hier handelt, sind in der That solche, welche mit den wichtigsten der Nervenpathologie zusammenfallen.

Unsere Kenntnisse von der bezeichneten Krankheit bestehen in einer Reihe von klinischen und pathologisch-anatomischen Thatsachen und erscheint es zweckmässig, beide zunächst gesondert zu behandeln. Wir beginnen mit den klinischen Erscheinungen. —

Die ersten Beobachter, welche auf das Vorkommen gewisser Motilitätsstörungen (der Sprache und der Extremitäten) bei Geisteskranken spezieller ihre Aufmerksamkeit richteten, waren geneigt, darin „Complicationen“ zu sehen, welche zu der bestehenden Geistesstörung, namentlich gegen das Ende hin, hinzutreten können, ja Esquirol setzte die Motilitätsstörungen sogar in dieser Beziehung dem Scorbut an die Seite*), welcher gleichfalls öfter das Irresein complicire. Später fasste man sowohl die psychischen als auch die motorischen Störungen als Erscheinungen eines und desselben Krankheitsprozesses auf und war bemüht das Gebiet der Krankheit durch genaues und detaillirtes Studium der Eigenthümlichkeiten der psychischen und motorischen Symptome, so wie ihrer gegenseitigen Beziehungen, schärfer abzugrenzen. Diese Bemühungen eine „Krankheitseinheit“ (entité morbide) aufzustellen, sind, obwohl vielfacher Wirwarr dadurch angerichtet wurde, doch in so fern fruchtbar gewesen, als man gezwungen war, die Erscheinungen genauer zu beobachten und zu sondern, wodurch allmälig eine gewisse Summe allgemeinerer Thatsachen gewonnen wurde. Wir beschäftigen uns zuerst mit den psychischen Erscheinungen, welche an den sogen. paralytischen Geisteskranken beobachtet werden.

Es ist häufig die Frage ventilirt worden, ob der Inhalt der Wahnvorstellungen (des Deliriums) dieser Kranken etwas Charakteristisches habe;

*) Esquirol, Malad. Ment. II. p. 263. Paris 1838.

Veranlassung gab die von Bayle*) entwickelte Ansicht, nach welcher die psychische Störung in dieser Krankheit regelmässig gewisse Stadien durchlaufe, deren erstes sich durch bestimmte Wahnvorstellungen, die monomanie ambitieuse (des grandeurs), das sogenannte Grössendelirium, charakterisire, worauf dann als zweites und drittes Stadium Manie und Blödsinn folge. Die dieses Grössendelirium constituirenden Vorstellungen vom Besitze enormer Reichthümer, ungemessener Macht, höchster Glückseligkeit u. s. w. wurden in so fern als spezifisch betrachtet, als ein anderer Inhalt der Wahnvorstellungen überhaupt nicht vorkommen sollte.**) Diese Behauptung Bayle's ist als vollkommen widerlegt zu betrachten. Es ist unzweifelhaft, dass Vorstellungen des verschiedensten, ja grade entgegengesetzten Inhalts nicht selten während des ganzen Verlaufes der Krankheit oder eine gewisse Zeit lang bestehen, so dass man sagen kann, alle Wahnvorstellungen, welche bei anderen, nicht paralytischen Geisteskranken beobachtet werden, kommen auch bei diesen vor. Dasselbe gilt von den affectartigen Zuständen, sei es, dass sie allein als solche ohne eigentliches Delirium oder in unmittelbarem Zusammenhange mit wirklichen Wahnvorstellungen vorkommen. So wird man also die bekannten — wesentlich nach den psychischen Erscheinungen gebildeten — Formen der Hypochondrie, der Melancholie, der Manie, der Verrücktheit und des Blödsinns in ihren allgemeinen Zügen bei den Paralytikern wiederfinden, ja es kommt sogar bei einem und demselben Individuum ein Wechsel zwischen hypochondrischen resp. melancholischen Zuständen einerseits und maniakalischen andrerseits vor, welcher ganz an die sogen. folie circulaire erinnert. Man darf deshalb nicht wohl, wie es J. Falret gethan,***) eine melancholische resp. hypochondrische und expansive (maniakalische) Varietät aufstellen, je nachdem diese oder jene Form der Störung im Beginne der Krankheit vorhanden ist, um so weniger als, wie ich mehrfach beobachten konnte, sowohl eine Depressionsform der maniakalischen folgen kann wie umgekehrt. Es ist eine bekannte Annahme, dass bei den gewöhnlichen, uncomplicirten Formen mania-

---

*) Bayle, Traité des maladies du cerveau. Paris 1826, und andere Schriften desselben Verf.

**) „Die Ausnahmen sind sehr selten und findet man sie noch dazu bei Individuen, die nicht von Anfang an beobachtet wurden, so dass man, da die Grössenideen in der letzten Periode zuweilen schwinden, sich täuschen würde, wenn man daraus schlösse, dass sie nicht früher vorhanden gewesen seien". Bayle l. c. p. 547.

***) J. Falret, Recherches sur la folie paralytique. Paris 1853.

kalischer Geistesstörung ein Depressionsstadium dem maniakalischen vorangeht: wir wollen hier nicht prüfen, in wie weit diese Annahme begründet ist; bezeichnet man aber, wie es hierbei geschehen, auch leichtere vorübergehende Zustände angstvoller Unruhe als Depressionsstadium, so kommt ein solches gleichfalls vor dem Ausbruche der Manie bei paralytischen Geisteskranken häufig genug vor. Trotz dieser scheinbaren Uebereinstimmung nun in dem Auftreten und der Art der psychischen Erscheinungsformen der einfachen und der paralytischen Geisteskrankheit tritt doch ein wesentlicher Unterschied bei den paralytischen Geisteskranken bereits im Beginne der Erkrankung deutlich hervor. Während nämlich bei einem gewöhnlichen hypochondrischen, melancholischen, maniakalischen Patienten im Hintergrunde der psychischen Störung die Intelligenz zunächst ungeschwächt erhalten bleibt, bis entweder Heilung eintritt oder ein stationärer Zustand mit allmäligem, oft sehr spätem (nach vielen Jahren erfolgenden) Sinken der geistigen Kräfte, so entwickelt sich bei dem Paralytiker die Geistesstörung bereits auf dem Boden psychischer Schwäche und zugleich mit dem Auftreten der Hypochondrie, Manie etc. erleiden die intellectuellen Kräfte als solche, namentlich auch das Gedächtniss, eine sehr merkliche, gewöhnlich rapide weiterschreitende, Schwäche. Nicht also die Form der Geistesstörung als solche, die Wahnvorstellungen, Affecte u.s.w. sind das, was die paralytischen Geisteskranken von vorn herein characterisirt, sondern die damit Hand in Hand gehende und sich schnell weiter entwickelnde allgemeine psychische Schwäche. Sie ist es denn auch, welche allerdings den delirirenden Vorstellungen dieser Kranken etwas Eigenthümliches, wenn man will, Spezifisches verleiht, in so fern eine innerlich zusammenhängende, einigermassen logische und systematische Entwickelung der Wahnideen durch die psychische Schwäche von vorn herein unmöglich wird, vielmehr eine Vorstellung über der andern vergessen und das Absurdeste und Widersprechendste an einander gereiht wird, ohne dass auch nur das Bedürfniss vorhanden wäre, einen innern Zusammenhang herzustellen. Hierin ist wohl bis auf Weiteres die Deutung dieser sinnlosen, albernen Grössendelirien zu suchen und von einer gewissen Art des hypochondrischen Deliriums, das man bei diesen Kranken zuweilen findet und welches Baillarger als „spezifisch“ betrachtet wissen wollte, gilt wohl das Gleiche. Es gibt nämlich eine Anzahl dieser Kranken, welche in Physiognomie und Habitus ein Gemisch von Stupidität und tiefster Depression darstellend, Vorstellungen äussern, deren wesentlicher Inhalt bei den verschiedenen Individuen ebenso einförmig und

gleichbleibend ist, wie der der Grössendelirien; die Patienten meinen körperlich umgeändert, verwandelt zu sein, sei es dass sich diese Umwandlung auf einzelne Organe oder den ganzen Körper erstreckt; ihr Kopf ist grösser oder kleiner geworden, ihre Augen sehen, ihre Ohren hören nicht mehr, Schlund und Mastdarm sind verstopft, so dass sie nichts mehr geniessen können, die Speisen gelangen gar nicht in die Eingeweide oder rutschen gleich hindurch u. dergl. mehr. Diese Umwandlung überträgt sich denn auch auf die Umgebung, indem die übrigen Personen für künstliche Puppen, verkleidete Personen, überhaupt alle Dinge für Schein erklärt werden. So gleichbleibend im Allgemeinen derartige Vorstellungen sind, so haben sie als solche ebenso wenig etwas Spezifisches für die Paralyse wie die Grössenvorstellungen, sondern nur die Art ihres Auftretens und ihrer Beziehungen zu dem übrigen — bereits ganz gelockerten — Vorstellen, die sichtlich schwachen Gefühls- und Willensregungen, kurz die Züge einer allgemeinen bereits vorhandenen blödsinnigen Schwäche geben ihnen etwas Besonderes.*) So haben denn auch im Beginne der Krankheit die hypochondrischen Vorstellungen als solche noch einen, so zu sagen, milderen Charakter und sind vollkommen analog denen gewöhnlicher Hypochonder; je mehr die geistige Schwäche zunimmt, desto mehr bekommt das Delirium den erwähnten Character des gänzlich Absurden, Sinn- und Kritiklosen, indem die Vorstellungen, welche mit den hypochondrischen Sensationen sich verknüpfen, keinerlei Regulirung mehr unterworfen sind; es ist aber deshalb nichts eigentlich „Spezifisches" darin zu sehen, wenn anders man sich bei diesem Begriffe überhaupt etwas Klares gedacht hat. Das Gleiche gilt von den Vorstellungen, welche sich mit der maniakalischen Form verknüpfen und die zu Anfange oft ebenso wenig den Charakter eigentlicher Wahnvorstellungen haben wie die gewöhnlicher Maniaci, so dass die Krankheit dann scheinbar unter dem Bilde einer einfachen leichten maniakalischen Exaltation debutirt, hinter der sich eine Zeit lang für den Uneingeweihten oder den flüchtigen Beobachter die zum Grunde liegende psychische Schwäche verbergen kann.

Indess nicht immer stellt sich die geistige Störung unter dem Bilde einer der sogenannten Formen der Hypochondrie, Manie u. s. w. dar. Es gibt eine grosse Anzahl Fälle, bei denen von Anfang an und

*) Sehr analoge Delirien nach beiden Richtungen hin findet man oft bei Epileptikern, bei denen gleichfalls psychische Schwäche sich bereits ausgebildet hat. Was die angeborenen psychischen Schwächezustände betrifft, so ist hier nicht der Ort, weiter darauf einzugehen.

während des grössten Theils des Krankheitsverlaufs nur eine allmälig fortschreitende Abnahme der intellectuellen Kräfte mit ihren Begleiterscheinungen beobachtet wird, die schliesslich in dem tiefsten Blödsinne gipfelt, ohne dass besondere affectartige Zustände oder Wahnvorstellungen zur Erscheinung gekommen wären; nur eine gewisse, namentlich Nachts auftretende, halb traumartige motorische Erregung, zweckloses Herumgehen, Aus- und Ankleiden, Fortwollen macht sich in einem spätern Stadium allenfalls bemerklich. So dauert der Zustand entweder bis zum Tode fort, ohne dass sich Wahnvorstellungen jemals entwickeln, oder es treten doch noch im Verlaufe, nicht selten kurz vor dem letzten Ausgange, heftigere maniakalische Zustände mit Grössendelirien oder hypochondrische Zustände auf. Der wesentliche Charakterzug dieser Art des Auftretens der psychischen Störung wird aber für lange Zeit hindurch ausschliesslich durch die fortschreitende Intelligenzschwäche und durch die Abwesenheit anderer Formen eigentlichen Irreseins bestimmt.

Ausser den geschilderten Störungen der Intelligenz treten, namentlich im Beginne der Erkrankung, noch andere Erscheinungen auf, die als cerebrale anzusprechen sind. Hierher gehören Kopfschmerzen, die theils sehr intensiv sind, so dass die Kranken mit dem Kopfe gegen die Wand rennen möchten, theils sich in einem dumpfen Drucke äussern; der Sitz derselben ist vorwiegend die Stirngegend; oft vergesellschaften sie sich mit Schwindelgefühlen. Zuweilen schliesslich beobachtet man Neuralgieen entweder von ausgesprochenem Character oder mehr in vagen neuralgischen Empfindungen bestehend, die wahrscheinlich cerebalen Ursprungs sind.

Es ist in der obigen Schilderung hervorgehoben worden, dass die intellectuelle Störung einen wesentlich fortschreitenden progressiven Charakter hat und zugleich von Anfang an mit den Zeichen psychischer Schwäche einhergeht. So allgemein diese Thatsache ist, so muss doch darauf aufmerksam gemacht werden, dass zeitweise Besserungen des psychischen Leidens stattfinden, welche an Heilung zu grenzen scheinen, ja vielleicht als solche in ausnahmsweisen Fällen zu betrachten sind.*) Es ist gewiss sehr merkwürdig, dass ein Kranker, welcher längere Zeit im tiefsten apathischen Blödsinn, in albernen hypochondrischen oder Grössendelirien psychisch gänzlich zu Grunde gegangen zu sein scheint, sich bis zu einem Grade bessern kann,

*) Sehr interessante Fälle (einer mit doppelseitiger Amaurose) s. u. A. in der Discuss. der Soc. méd. psych.-Ann. méd.-psych. 1858. IV.

dass es auch nach Jahren schwer ist, überhaupt noch eine Andeutung geistiger Schwäche zu constatiren. Derartige an Heilung grenzende Besserungen kommen in ihren höchsten Graden allerdings selten, in geringen jedoch häufiger vor und haben ihre Analogie in ähnlichen Erscheinungen der motorischen Sphäre, wiewohl sie nicht immer mit diesen Hand in Hand gehen. Ebenso wenig, wie wir in Bezug auf letztere ein Criterium haben, ob es sich um ein blosses Zurücktreten der Erscheinungen oder um wirkliche Heilung handelt, ist auch oft in Bezug auf das psychische Leiden eine Entscheidung möglich; wir wissen eben nicht, in wie weit die zum Grunde liegenden Krankheitsprozesse einer theilweisen oder vollkommenen Rückbildung fähig sind. In Bezug auf die motorischen Störungen wird davon noch weiter unten die Rede sein.

Die motorischen Störungen betreffen hauptsächlich die Zunge, besonders als Organ der Sprache betrachtet, die Gesichtsmuskeln, die Extremitäten und öfter auch die Sphincteren der Blase und des Mastdarms. Am charakteristischsten und am leichtesten erkennbar sind die Störungen der Sprache. Man bemerkt anfangs bei sonst geläufigem Redeflusse hier und da eine leichte Schwierigkeit beim Aussprechen einer Silbe oder eines Wortes, es ist als wenn der Patient gleichsam über ein oder das andere Wort stolperte, indess ist diese Störung so gering, dass sie kaum auffällt; andere Male wird von Anfang an die Sprache im Ganzen langsamer, wie getragen, mit stärkerer Accentuation und längerem Verweilen auf den einzelnen Silben, als wenn der Patient mit einer gewissen Vorsicht spräche, ähnlich wie in einem Zustande leichter Trunkenheit. Wird die Störung im Verlaufe der Krankheit stärker, so erscheint die Sprache deutlich lallend, einzelne Silben oder Worte werden kaum noch verständlich ausgesprochen und endlich drängen sich nur noch unarticulirte Laute über die Lippen. Die Zunge selbst, welche anfangs oft nur ein starkes fibrilläres Zittern der Muskulatur zeigt, ist später auch in ihren einfachsten, vom Sprechen unabhängigen Bewegungen beeinträchtigt: sie wird oft unter einer gewissen Anstrengung, unter starken zuckenden Bewegungen zum Munde herausgestreckt, ruckweise wieder zurückgezogen und hin und her geschleudert, so dass die einzelnen beabsichtigten Bewegungen nicht mehr zur Ausführung kommen. Auch die Gesichts-, namentlich die Lippenmuskeln, gerathen sowohl bei diesen Versuchen als auch beim Sprechen in ähnliche zitternde und zuckende Bewegungen, so dass ein krampfhaftes Grimassenspiel diese Acte begleitet; zuweilen bestehen rhythmische Zuckungen einzelner Gesichtsmuskeln auch unabhängig vom Sprechen,

sowie eigenthümliche Bewegungen mit dem Unterkiefer und Zähneknirschen. Einseitige Zungen- oder Gesichtslähmungen kommen entweder nicht vor oder spielen da, wo sie beobachtet werden, in so fern eine untergeordnete Rolle, als sie in der Regel nur vorübergehendere, leicht angedeutete und unvollständige Erscheinungen darstellen, die, wie wir sehen werden, sich meist an gewisse Anfälle anknüpfen lassen. Auch in der Stimme treten gewisse Veränderungen ein, ohne dass indess Lähmungserscheinungen der betreffenden Apparate nachzuweisen wären: die Stimme verliert ihren normalen Timbre und wird allmälig rauh, dumpf und auch wohl näselnd oder meckernd.

Vollständige Augenmuskellähmungen kommen, so weit meine Erfahrung reicht, nicht vor, wohl aber ist in einer frühen Periode zuweilen vorübergehend Doppelsehen vorhanden, von dem ich — da die Patienten in dieser Zeit der eigenen Beobachtung nicht unterlagen — ausser Stande zu sagen bin, welche Muskeln dabei vorzugsweise betheiligt sind;*) dagegen sieht man auch in einer späteren Zeit oft leichte Ptosis des obern Augenlids. Ein grosses Gewicht ist seit einiger Zeit auf die Differenz in der Weite der Pupillen gelegt worden; in der That sieht man häufig ziemlich beträchtliche Ungleichheiten, wobei bald die engere, bald die weitere eine geringere oder fast aufgehobene Reactionsfähigkeit zeigt. Auf sehr unbedeutende Pupillar-Differenzen, namentlich wenn beide Pupullen gleich gut reagiren, dürfte kein Werth zu legen sein, zumal wenn eine anderweitige Untersuchung der intraoculären Verhältnisse nicht stattgefunden hat. Eine ad Maximum erweiterte Pupille ist äussert selten; auch da, wo, wie wir sehen werden, Atrophie der Papilla N. optic. resp. Amaurose constatirt werden konnte, war die Weite der Pupillen nur eine mittlere;**) dagegen kommt häufiger eine exquisite Myose vor, so dass die Pupillaröffnung bis zur Grösse eines Stecknadelknopfes sich verengt oder die Pupillen fast punktförmig werden.

Die motorischen Störungen der Extremitäten sind in sehr verschiedener Weise beschrieben und aufgefasst worden, ohne dass man sich — einige Beobachter ausgenommen — dieser Differenzen recht bewusst geworden und darüber Rechenschaft abzulegen bemüht gewesen ist. Wie schon der Name Paralyse, unvollkommne Paralyse u. s. w.

*) Wenn die Kranken in die Irrenanstalten kommen, führt eine feinere Prüfung der Augenmuskeln durch Doppelbilder gewöhnlich nicht mehr zu sicheren Resultaten, da die psychische Schwäche das Urtheil zu sehr beschränkt.

**) Billod (Ann. méd. psych. II. 1863) beobachtete bei einer Paralytischen mit doppelseitiger Amaurose (Atrophie der Optici), dass sich später die Pupillen stark verengten.

andeutet, hat man zunächst die Vorstellung einer Lähmung oder vielmehr lähmungsartigen Schwäche gehabt, die sich allmälig auf alle Extremitäten verbreitet, wobei man nicht vergass, den Unterschied von anderweitigen vollständigen Lähmungen, die nur eine oder andere Extremität, oder eine Seite betreffen (Hemiplegieen), hervorzuheben. Dagegen ist von anderer Seite*) geltend gemacht worden, dass es sich, wenigstens im Anfange, weniger um eine lähmungsartige Schwäche, als vielmehr um eine Unregelmässigkeit in den Bewegungen handle, die stossweise in einzelnen heftigen Impulsen ausgeführt werden. Bouillaud verglich die Bewegungsstörung von Thieren, denen das Kleinhirn entfernt worden, mit der der Paralytischen, in so fern hier wie dort die Coordination der Bewegungen gestört sei und wendet sich gegen die Bezeichnung als allgemeine Lähmung: „wahrhaftig eine sonderbare Paralyse, wo die Bewegungen und die Sensibilität erhalten sind, aber die Coordination der Bewegungen aufgehoben ist!" Die betreffenden Schilderungen der Autoren beziehen sich meist vorwiegend auf die unteren Extremitäten, speziell auf den Gang der Kranken und sind trotz ihrer Verschiedenheit in der Wirklichkeit begründet; in wie weit sie als durch verschiedenartige anatomische Läsionen bedingt zu betrachten sind, werden wir später erörtern.

Es lassen sich, wie ich glaube, mit Rücksicht auf den Character des Ganges und die Störung der Motilität der unteren Extremitäten zunächst klinisch zwei Gruppen unterscheiden: die der ersten angehörigen Kranken haben einen äusserst characteristischen Gang, der vollkommen dem bekannten der sogen. Tabeskranken entspricht, d. h. sie heben die Beine stark, werfen sie mit einer gewissen Gewalt vor, setzen sie stark mit der Ferse auf, gehen dann weiterhin gespreizt, mit den Füssen stark nach auswärts, unsicher und schwankend und vermögen schliesslich überhaupt nicht mehr ohne Unterstützung zu gehen. Alle paralytische Geisteskranke, welche diesen Gang haben, schwanken, wenn sie auch mit offenen Augen noch sicher stehen können, sogleich oder fallen um, wenn sie die Augen schliessen; ferner gehen bei ihnen die Störungen des Ganges sehr häufig (aber nicht immer) der Geisteskrankheit lange Zeit voran. — Sehr verschieden hiervon ist die Gehstörung bei den Kranken der zweiten Gruppe; anstatt des starken, gewaltsamen stossweisen Vorwerfens und Hebens der Beine heben sie die Füsse nur sehr wenig vom Boden ab, wodurch der Gang oft etwas Schurrendes bekommt, ohne dass doch deshalb die

*) Vergl. J. Falret l. c. p. 113.

Extremitäten nachgeschleift werden wie bei wirklich Gelähmten; dabei gehen sie langsam, breitbeinig, oft nach vorn oder hinten leicht übergeneigt und machen den Eindruck Jemandes, der sich — wie etwa beim Gehen auf einer sehr glatten oder schwankenden Fläche — unsicher fühlt, deshalb in jedem Augenblicke möglichst viele Stützpunkte sucht, daher kleine Schritte nimmt, die Füsse wenig abhebt und breitbeinig geht. Die Bewegungen zeichnen sich durch ihre Langsamkeit aus, der Gang bekommt hierdurch etwas Unbehülfliches, Ungeschicktes, Plumpes; er unterscheidet sich, obwohl er selbst viel weniger charakteristisch, wesentlich von dem werfenden und schleudernden der ersten Gruppe, wobei jedoch beiden die Unsicherheit, ein öfteres Hin- und Hertaumeln und Schwanken, namentlich bei Wendungen oder unvorhergesehenen Hindernissen gemeinschaftlich ist; ich will diesen Gang zum Unterschied von dem erst geschilderten, dem tabischen, den paralytischen nennen, ohne durch diese Bezeichnung etwas zu präjudiciren. Die Kranken, welche diesen Gang zeigen, schwanken niemals bei geschlossenen Augen und tritt bei ihnen die Gehstörung meistentheils erst in späterem Verlaufe der Geisteskrankheit deutlich hervor. Wiewohl nun diese beiden Gangarten auf der Höhe ihrer Entwickelung so verschiedenartig sind, so beobachtet man doch im Anfange oft nur eine geringere, nur für den aufmerksamen Beobachter oder den, welcher früher mit der Individualität des Patienten bekannt war, bemerkbare leichte Modification des Ganges; derselbe, ohne grade unsicher zu werden, bekommt etwas eigenthümlich Steifes, Hölzernes, es ist, als ob eine Steifigkeit im Kniegelenk vorhanden wäre, wodurch eine ausgiebigere Bewegung desselben verhindert wird, die Schritte werden kleiner und schneller, das Aufsetzen des Fusses geschieht etwas tappender, aber alle diese Erscheinungen sind so geringfügig, dass das Gehen selbst dadurch nicht beeinträchtigt wird. Dieser steife, hölzerne Gang ist vielleicht als eine Art Uebergangsform anzusehen, da er sowohl den tabischen als auch den paralytischen einleiten zu können scheint.

Was die einzelnen Bewegungen der Extremitäten und die motorische Kraft derselben betrifft, so ist es von jeher aufgefallen, dass die Patienten, im Bette liegend, alle Bewegungen mit Kraft ausführen; es gilt dies in der That für beide Kategorieen von Kranken während des grössten Theils des Krankheitsverlaufs; erst spät, gegen das Ende hin, scheint auch die grobe motorische Kraft eine Abnahme zu erleiden, allein man muss gestehen, dass eine einigermassen exacte Prüfung hier in der Regel nicht mehr möglich zu sein pflegt, da man kein

Mittel besitzt zu entscheiden, ob und in wie weit der Kranke aus der Nacht des tiefsten Blödsinns heraus überhaupt noch zu Willensimpulsen fähig ist. Constatiren lässt sich jedoch allerdings in einigen Fällen und zwar bei den Kranken beider Categorieen, dass die willkührliche Beweglichkeit der Beine, auch in der Bettlage, eine minimale wird, und zwar meist unter dem Eintritte von Contractionen im Knie- und Fussgelenke. Schon vorher zeigt sich häufig Unfähigkeit auf einem Beine zu stehen, ohne Unterstützung auf einen Stuhl zu steigen,*) Erscheinungen, die gleichfalls auf eine Abnahme der motorischen Kraft hindeuten.

In den oberen Extremitäten äussert sich die Störung vornehmlich in einer Abnahme der Präcision bei feineren Bewegungen, während die gröberen noch gut und kräftig ausgeführt werden; die Schriftzüge des Patienten werden unregelmässig, kaum noch lesbar, das Zuknöpfen der Kleidungsstücke gelingt nur unvollkommen und unter vielfachen vergeblichen ungeschickten Versuchen, dagegen ist der Händedruck und der Hieb des Armes noch kräftig.

Ausserdem beobachtet man sowohl in den oberen wie unteren Extremitäten häufig ein Zittern, das von dem leichtesten, kaum merklichen Vibriren bis zu den heftigsten Zitterkrämpfen sich steigern kann, die namentlich dann auftreten, wenn die Glieder aus dem Zustande der Ruhe in Bewegung versetzt werden. Es wird dann dem Patienten unmöglich, den Löffel selbständig zum Munde zu führen, da das fortwährende convulsivische Beben des Armes, das sich mit einzelnen stossweisen Zuckungen untermischt, Alles verschütten lässt. Aehnliche Erscheinungen zeigen sich in den unteren Extremitäten; während sie, unterstützt, im Sitzen oder Liegen, oft keinen Tremor wahrnehmen lassen, gerathen sie in zitternde und zuckende Bewegungen, sobald der Patient sich vom Stuhle erheben oder gehen soll und es können diese Bewegungen, welche den ganzen Rumpf mit erschüttern, so stark werden, dass dadurch allein das Gehen sehr beeinträchtigt wird. Ueberhaupt treten alle Störungen, auch die des Ganges als solche stärker hervor in dem ersten Uebergange von der Ruhe in die Bewegung. Zuweilen beobachtet man indess, ähnlich wie im Gesicht, auch spontane, unabhängig von Bewegungsintentionen ruckweise auf-

*) Die Patienten setzen dabei wohl einen Fuss auf den Stuhl, es gelingt ihnen aber nicht, sich hierauf so zu stützen, dass sie das andere Bein nachbringen und sich damit einen Aufschwung geben können. Remak hat wohl zuerst auf diesen Versuch Gewicht gelegt.

tretende Zuckungen in oberen und unteren Extremitäten; in letzteren habe ich diese sich zu anhaltenden Schüttelkrämpfen steigern sehen, wobei in sitzender Stellung, bei gebeugtem Kniegelenke Minutenlang die Beine heftig gegen einander geschlagen wurden oder auf- und abwärts oscillirten. Solche Erscheinungen von Tremor, Zitterkrämpfen und einzelnen stossweisen Zuckungen der Extremitäten kommen sowohl bei den Kranken mit tabischem wie bei denen mit paralytischem Gange vor.

Trotzdem nun nach den obigen Ausführungen die motorischen Störungen sich als allgemein verbreitete characterisiren, so kommen doch zeitweise mehr oder weniger vollständige, unter Umständen von Contracturen gefolgte, Lähmungen einer Extremität oder einer Körperhälfte vor, nach Art der Lähmungen in Folge von Heerderkrankungen des Hirns- oder Rückenmarks. Da sich diese Lähmungen jedoch grösstentheils an besondere (apoplecti- oder epileptiforme) Anfälle knüpfen, so werden wir sie bei letzteren besprechen. Hier hätten wir nur noch der Functionsstörungen der Blase und des Mastdarms zu gedenken. Der grösste Theil dieser Kranken lässt in einer späteren Zeit der Krankheit den Urin und Koth unter sich, ohne dass man zu entscheiden im Stande wäre, ob es sich um lähmungsartige Zustände der Sphincteren oder um blödsinnige Vergessenheit handelt; bei einigen jedoch lässt sich schon in einer früheren Periode, wo derartige psychische Umstände nicht in Betracht kommen, mit Sicherheit die Abhängigkeit der unfreiwilligen Entleerungen von einer Störung in der Function der Sphincteren nachweisen; abwechselnd mit der Incontinenz, beobachtet man Harndrang und Retention des Urins einerseits, sowie Stuhlzwang und hartnäckige Stuhlverstopfung andrerseits. Alle diese Störungen der Excretion sind als von psychischen Defecten unabhängig vorzüglich bei den Kranken zu constatiren, welche den tabischen Gang haben, da sie bei ihnen schon zu einer Zeit vorkommen, wo der Blödsinn noch nicht hochgradig entwickelt ist, während bei den übrigen ihr Eintritt meist erst in einer Periode tieferen geistigen Verfalls stattzufinden pflegt.

Die beschriebenen motorischen Störungen haben das Eigenthümliche, dass sie zeitweise ausserordentlich in den Hintergrund treten, ja fast ganz schwinden können; es gilt dies ebenso gut von der Sprachstörung wie von der der Extremitäten und der Sphincteren. In einer Reihe von Fällen sieht man die Krankheit, wiewohl man sie ihren psychischen Erscheinungen nach als paralytisches Irresein bezeichnen muss, zum Tode ohne motorische Störungen verlaufen. Wir kommen

auf diese Fälle latenter Paralyse, wie man sie nennen könnte, noch zurück.

Sehr schwer ist es, etwas Allgemeines über die Sensibilität der paralytischen Geisteskranken zu sagen. Es ist zwar die Behauptung aufgestellt worden, dass Anästhesie eine der ersten Erscheinungen beim Ausbruche der Geisteskrankheit sei, welche später wieder einer normalen Sensibilität Platz machen könne (Croizant); es gibt nichts Unbegründeteres als diese ganz kritiklos aufgestellte Behauptung und sie ist der Erörterung nicht weiter werth. Eine eigentliche Prüfung der Sensibilität ist überhaupt bei gewissen Seelenzuständen unmöglich und man kann daher fast nur die Thatsachen benutzen, welche sich bei der Prüfung während relativ freier Zeiten ergeben. Hier zeigt sich denn unstreitig in einer grossen Zahl von Fällen die Empfindung und Localisation bei leichten Finger- und Nadelberührungen vollkommen normal; ist der Blödsinn weiter fortgeschritten, so reagiren die Kranken zuweilen auch auf starke Schmerzenseindrücke nicht mehr, zuweilen empfinden sie sie noch und zwar kann beides bei einem und demselben Individuum in kurzen Zeiträumen wechseln. Für das Vorhandensein oder Fehlen der Leitung der sensiblen Eindrücke kann hieraus nichts geschlossen werden. In einigen Fällen kommt jedoch schon vor dem Beginne der psychischen Störung eine wirkliche Beeinträchtigung der Sensibilitätsleitung vor; es sind dies stets Patienten, die schon vor der Alienation den tabischen Gang hatten. Umgekehrt aber lässt sich jedoch nicht an allen geisteskranken Paralytikern mit dem erwähnten Gange eine merkliche Sensibilitätsstörung mit Sicherheit nachweisen. Schmerzen reissender, blitzender, durchschiessender Art in den untern, seltener in den obern Extremitäten, finden sich öfter vor der vollen Entwickelung der Geistesstörung und zwar sowohl bei Kranken, welche später den tabischen als auch solchen, welche den paralytischen Gang zeigen. Mit der Weiterentwickelung des psychischen Leidens hören die Klagen über diese Schmerzen gewöhnlich auf.

Von den spezifischen Empfindungen sei hier nur noch der sexuellen besonders gedacht; in einigen Fällen zeigt sich eine offenbare Steigerung derselben, die auch wohl als Masturbation zu Tage tritt; andere Male scheint von vorn herein eine allmälig zunehmende Abstumpfung in dieser Beziehung einzutreten.

Die Sinnesorgane erleiden gewöhnlich mit Ausnahme des Sehapparats keine wesentlichen Functionsstörungen, obwohl sich über die Geruchs- und Geschmacksempfindung in späteren Stadien der Krankheit

nicht wohl urtheilen lässt. Dagegen kommt es zuweilen zu Amblyopie oder Amaurose in Folge von Atrophie der Optici; leichtere Störungen des Sehvermögens können oft übersehen werden, trotzdem schon Atrophie der Papille entwickelt ist. Die Amaurose kann dabei zu sehr verschiedenen Zeiten auftreten, oft ganz früh, vor oder im Beginne des psychischen Leidens und vor den motorischen Störungen, oft erst im späteren Verlaufe.

Eine sehr wesentliche Rolle in dem Entwickelungsgange der Krankheit spielen die während dieses Verlaufes, und zwar zu den verschiedensten Zeiten, auftretenden apoplecti- oder epileptiformen Anfälle, auch paralytische genannt. Sie bestehen in Anfällen leichter Ohnmacht oder tieferer Bewusstlosigkeit, theils ohne gleichzeitige krampfhafte Erscheinungen, theils von leichteren oder sehr heftigen, tonischen und darauf folgenden klonischen Krämpfen des Gesichts, des Rumpfes und der Extremitäten begleitet, wobei entweder vorwaltend eine Seite oder beide gleichmässig betheiligt sind. Es kommen indess auch Anfälle vor, die diesen an die Seite zu setzen sind, bei denen jedoch kein vollständiger Verlust des Bewusstseins stattfindet; die Patienten werden höchstens vorübergehend etwas schwindlig, benommen, taumeln oder fallen auch wohl, oder können sich nicht erheben, wenn sie sitzen, haben auch wohl abnorme Sensationen in dieser oder jener Extremität — aber nach kurzer Zeit ist Alles wieder vorbei, ohne dass ein eigentlicher Verlust des Bewusstseins stattgefunden hätte. Sowohl an diese wie an die erst erwähnten Anfälle knüpfen sich häufig unmittelbar motorische Störungen, namentlich ist eine Articulationsstörung der Sprache, oder, wenn sie schon vorhanden war, eine Steigerung derselben, die gewöhnlichste Folge; ausserdem aber sind es einseitige Lähmungserscheinungen, Hemiplegieen, welche unmittelbar nach einem solchen Anfalle nicht selten beobachtet werden; dieselben betreffen theils den Facialis und Hypoglossus, theils die Extremitäten und den Rumpf und können vollständig oder unvollständig (Paresen) sein; zuweilen haben sie ganz den Character von Hemiplegieen, wobei auch die Sensibilität der gelähmten Seite betheiligt sein kann. Sind Convulsionen vorhanden und dieselben einseitig oder vorwiegend einseitig gewesen, so betrifft die Lähmung die Seite, welche von den Convulsionen ergriffen war; es kommen jedoch Lähmungen oder Contracturen eines Armes oder Beines, Ueberhängen nach einer Seite u. s. w., auch nach den beschriebenen leichten, nicht einmal mit Verlust des Bewusstseins verbundenen Anfällen, vor. Alle diese Lähmungen haben das Eigenthümliche, dass sie sehr bald, nach

Stunden oder Tagen, wieder entweder ganz oder doch fast ganz schwinden, so dass man später nur noch hin und wieder Andeutungen davon bemerkt; in selteneren Fällen bleiben sie dauernder und es gesellen sich später Contracturen der gelähmten Theile hinzu.

Es scheint, dass diese einseitigen Lähmungserscheinungen zuweilen auftreten können, ohne dass sie sich an die genannten Anfälle anknüpfen, wenigstens findet man sie öfter, ohne dass ein solcher Anfall beobachtet worden; indess ist es dann auch schwer, von dem betreffenden Kranken sichere Angaben zu erhalten, zu geschweigen davon, dass solche Anfälle während der Nacht unbeobachtet stattgefunden haben können.

Der psychische Zustand ist gewöhnlich nach den Anfällen bei weitem schlechter, der Kranke erscheint psychisch schwächer als vorher; indess findet auch hierin wieder eine allmälige Besserung statt, wiewohl gewöhnlich das Niveau der psychischen Kräfte im Allgemeinen ein geringeres bleibt als vor dem Anfalle.

Was den allgemeinen Ernährungszustand der paralytischen Geisteskranken anbetrifft, so ist dieser ein sehr wechselnder. Auf hochgradigen Marasmus sieht man zuweilen wieder Embonpoint folgen, der bis zum Tode währen kann; gewöhnlich aber entwickelt sich, falls anderweitige Vorgänge dem Leben des Kranken nicht früher ein Ende machen, ein Zustand allgemeiner Abmagerung und Verfalls, der oft mit einer besonderen Disposition zum Decubitus einhergeht.

Wir haben in dem Vorstehenden einen Krankheitszustand kennen gelernt, welcher auf ein tiefes Gehirnleiden hinweist; in der That zeigen sich nach dem Tode gewisse gröbere anatomische Veränderungen, welche sich wesentlich auf die Häute und die Oberfläche des Hirns beziehen und die wir hier zunächst nur kurz hervorheben. Es gehören dahin pachymeningitische (zum Theil hämorrhagische) Auflagerungen auf der Innenfläche der dura mater und Hämatome der letzteren; ferner zeigt sich Trübung und Verdickung der Pia in sehr verschiedenen Graden, in den geringeren Graden besonders längs der grösseren Gefässe und der Längsspalte, öfter begleitet von Bildung kleiner Granulationen*) auf der Oberfläche der Convexität. Häufig adhärirt die

*) Diese Granulationen, von denen L. Meyer annimmt, dass sie vor seiner Beschreibung als „Epithelsgranulationen der Arachnoidea" gänzlich unbekannt gewesen sind, werden bereits von Bayle sehr deutlich beschrieben. Es heisst bei ihm (l. c. p. 463): Les granulations dont nous allons nous occuper

Pia an der Corticalschicht des Hirns, so dass beim Abziehen grössere oder kleinere Stückchen der letzteren an ihr haften bleiben und die so von der Pia entblösste Hirnoberfläche ein wie zerrissenes und zernagtes Aussehen gewinnt. Diese Adhärenzen finden wesentlich auf der Höhe der Gyri statt und zwar vorzugsweise an der Convexität des Hirns, neben der Längsspalte und an den Vorderlappen. Andere Male sind die Pia und ihre Maschen stark mit Serum durchtränkt und erfüllt und lassen sich die Häute leicht, ohne jede Betheiligung der Hirnoberfläche, abziehen; auch die Ventrikel sind durch seröse Flüssigkeit sehr häufig stark erweitert, wobei ihr Ependym, zum Theil in Form von Granulationen, verdickt ist. Man constatirt ferner in einer Reihe von Fällen einen Schwund (Atrophie) der Hirnsubstanz, welcher vielleicht zum Theil die Rinden- vorzüglich aber die Marksubstanz zu betreffen scheint. Die Consistenz dieser Substanzen erscheint zuweilen verändert, die weisse etwas derber, zäher, die graue, namentlich in ihren obersten Lagen, weicher; in letzterer sieht man dabei zugleich entweder eine stärkere Füllung der Blutgefässe, wodurch sie eine violett röthliche, weinhefenartige Farbe bekommt, oder sie erscheint fahl und blass. Die Nerven der Basis sind zwar meist unverändert, es kommen indess Fälle vor mit Atrophie der Optici und einzelner Augenmuskelnerven; in einem früher beschriebenen Falle*) fand ich Atrophie des Quintus und des Ganglion Gasseri; in einem neueren Falle Atrophie des Olfactorius von dem gleichen Character wie die des Opticus bei einem und demselben, amaurotischen Kranken. Ich habe Grund zu der Annahme, dass diese Betheiligung des Olfactorius öfter vorkommt, als man bisher weiss.

Nach dieser allgemeinen Darstellung der klinischen Erscheinungen und der pathologisch-anatomischen Befunde können wir uns nunmehr

sont de petites aspérités arrondies, sphériques, excessivement ténues, qui ont quelque analogie avec celles qu'on rencontre à la face interne des membranes séreuses dans certains cas de phlegmasie chronique. Elles ont leur siége à la surface libre de l'arachnoïde cérébrale et de l'arachnoïde ventriculaire. Les premières sont assez rares, car je n'en ai rencontré que sur un dixième environ des cadavres; on les trouve ordinairement vers le milieu de la convexité des hémisphères et quelquefois près de la grande scissure; elles ont un si petit volume, qu' on ne peut les apercevoir qu' à une forte lumière, et qu' elles échappent le plus souvent au toucher. Auch Meyer gibt an, dass er sie zuerst an einem in hellem Sonnenschein liegenden Gehirne sah und vergleicht sie, wie Bayle, mit den bekannten Granulationen des Ependyms.

*) Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXI. p. 393.

zu den Versuchen wenden, die Krankheitserscheinungen zu deuten und die Natur des Krankheitsprozesses zu bestimmen. Es hat an solchen auf Grund der anatomischen Befunde gemachten Versuchen nicht gefehlt. Zuerst hat Bayle eine Theorie der Krankheit im Einzelnen durchzuführen versucht, indem er dieselbe als eine chronische Meningitis auffasste. Er nahm dabei verschiedene Stadien an, unter denen sich der Ablauf der Meningitis klinisch zu erkennen geben sollte und unterschied der Reihe nach ein Stadium der Monomanie (ambitieuse), der Manie, des Blödsinns mit motorischen Störungen und endlich ein Stadium der convulsivischen Erscheinungen. Das Delirium sowohl wie die maniakalische Agitation sollte von dem Reize abhängen, den die entzündeten Gehirnhäute auf die Corticalsubstanz des Gehirns ausübten; den Blödsinn und die motorischen Störungen führte er auf Compression des Gehirns theils durch die Congestion der Meningen (in den beiden ersten Perioden), theils durch die seröse Flüssigkeit in dem letzten Stadium zurück; die apoplectiformen Anfälle schliesslich sollten auf plötzlicher Congestion der Pia mater und des Gehirns und die convulsivischen Erscheinungen auf einer consecutiven Entzündung der grauen Rindensubstanz (als oberflächliche Erweichung sich darstellend), oder in seltenen Fällen auf serösen Apoplexieen beruhen. Es stimmt indess, wie schon oben angedeutet wurde, der wirkliche Krankheitsverlauf und Befund in keiner Weise mit diesen supponirten Stadien überein; beispielsweise sei hier nur mit Uebergehung vieles Anderen hervorgehoben, dass die heftigsten Anfälle von Convulsionen vorkommen ohne jede Betheiligung der Rindensubstanz, d. h. ohne Erweichung und Adhärenz derselben an die Pia mater; andrerseits findet sich diese Alteration der Rinde ohne dass jemals die betreffenden Anfälle vorhanden gewesen wären. So würde man Punkt für Punkt die Bayle'schen Sätze durch eine Reihe entgegenstehender Beobachtungen widerlegen können. Wenn nun allerdings die Lehre von der chronischen Meningitis in dieser Art der Durchführung später wenig Anklang fand, so ist sie doch bis in die neueste Zeit hinein für eine grosse Zahl von Aerzten massgebend geblieben und nur verschiedenartig modificirt und begründet worden. Mehr von den klinischen Erscheinungen ausgehend versuchte L. Meyer die Uebereinstimmung der Temperaturverhältnisse bei der Paralyse mit denen anderer chronisch fieberhafter Krankheiten nachzuweisen, um daraus den Schluss zu ziehen, dass es sich um einen chronisch verlaufenden entzündlichen Prozess, der die Meningen betrifft, handle. Exacerbationen dieses Prozesses sollten sich durch eine von Steigerung der Körperwärme

begleitete vermehrte tobsüchtige Aufregung zu erkennen geben. Später begründete und erweiterte derselbe Forscher diese Ansicht auf pathologisch- anatomischem Wege, indem er den Nachweis versuchte, dass in den meisten Fällen allgemeiner Paralyse die Beschaffenheit der Meningen einen Entzündungsprozess als Ausgangspunkt voraussetzt, welcher sich auf seiner Höhe (im Exacerbationsstadium) zur Eiterbildung steigert.*) Ferner beschrieb er Veränderungen, welche eine chronische Encephalitis beweisen sollten, die sich in den meisten Fällen aus der chronischen Meningitis entwickle.

Um zunächst bei den Ergebnissen der Temperaturmessungen stehen zu bleiben, so ist ein Theil der beigebrachten Fälle offenbar ganz anders zu deuten als es Meyer gethan hat, da zum Theil anderweitige acute Krankheitsvorgänge die beobachteten Temperaturerhöhungen mehr denn genügend erklären. So wird z. B. als Beweis dafür, dass eine fast andauernde maniakalische Aufregung mit einer, durch Exacerbation des meningitischen Prozesses bedingten Temperaturerhöhung verlaufen sei, ein Fall angeführt, bei dessen Autopsie sich ausgedehnte gelatinöse Infiltrationen, gelbe Verdichtungen, Cavernenbildung, Tuberkelknoten etc. in den Lungen, amyloide Degeneration verschiedener Organe und ein Nierenabscess fanden; in einem andern Falle hatte sich der Kranke vielfache Verletzungen (schliesslich einen Bruch des Unterkiefers mit Abscessbildung) beigebracht, andere Male hingen Fieber und Delirien augenscheinlich mit dem Auftreten eines Erysipels zusammen**) — alles Dinge, die in Bezug auf ihre fiebererregenden Ursachen doch jedenfalls der Discussion hätten unterzogen werden müssen. Ich unterlasse hier eine Kritik der übrigen Fälle, da ich vielleicht Gelegenheit haben werde, bei einer anderen Gelegenheit darauf zurückzukommen; ich will für jetzt nur als Resultat umfassender eigener Beobachtungen aussprechen, dass die tobsüchtige Aufregung der Paralytiker als solche durchaus in keinem Verhältnisse zu pathologischen Temperaturerhöhungen steht, dass dagegen bei gewissen Kranken ganz unabhängig von der Aufregung bedeutendere Schwankungen der Eigenwärme vorkommen, zum Theil mit eigenthümlichem periodischem Typus. Daraus nun aber auf eine chronische Entzündung

*) Vorläufige Mittheilung im Centralbl. f. die Medic. Wissensch. 1867. No. 8 u. 9.

**) Vergl. L. Meyer, die allgem. progress. Gehirnlähmung, eine chron. Meningitis. Berlin 1858. Beob. 11, 10, 8, 9.

der Meningen, ja überhaupt nur auf entzündliche Vorgänge schliessen zu wollen, ist doch noch nicht gerechtfertigt und der Vergleich mit einem ähnlichen Verhalten der Lungenphthisis*) bei der himmelweiten Verschiedenheit beider Affectionen nicht zulässig, um einen Schluss auf die entzündliche Natur des Leidens zu machen. Sollte überhaupt ein solcher Vergleich zwischen den von mir erwähnten und den Jochmann'schen Beobachtungen angestellt werden — der bei dem geringfügigen über chronische Krankheiten vorliegenden Material von keinem grossen Werth sein könnte — so würden andere Schlüsse aus den Beobachtungen vielleicht näher liegen, wie z. B. der auf eine Aehnlichkeit der Ernährungsstörung und ihrer Beziehungen zu den Verhältnissen der Körperwärme. Was nun aber die angeblichen acuten Exacerbationen der chronischen Meningitis betrifft, die sich durch heftigere, mit erhöhter Temperatur verbundene tobsüchtige Aufregung und Delirien markiren sollen, so darf man sich nur erinnern, dass — wie neuere Erfahrungen wiederholt gezeigt haben — sogar sehr hohe Temperaturen namentlich in Begleitung gewisser schwererer Allgemeinerscheinungen von Seiten des Nervensystems vorkommen, nicht nur ohne irgend ein entzündliches, sondern sogar überhaupt ohne ein palpables Localleiden; es ist also mit aller Entschiedenheit dagegen Einspruch zu erheben, dass man aus der Verbindung von Temperaturerhöhung und allgemeinen Hirnerscheinungen einen Schluss auf entzündliche Hirnaffectionen mache, wogegen auch eine ganze Reihe anderer Erfahrungen schützen sollte, die hier zu erörtern zu weit führen würde.

Indess wird von Meyer für die von ihm vertretene Ansicht auch der pathologisch-anatomische Befund geltend gemacht, indem sich in den Producten der chronischen Meningitis die einer acuten (eitrigen) noch nachweisen lassen sollen. Den Gedanken, dass die chronische Meningitis der Paralytiker als in Beziehung zu einer acuten stehend aufgefasst werden könne, hat schon Bayle ausgesprochen**) um sich ausdrücklich dagegen zu erklären, da diese chronische Meningitis vielmehr eine besondere, von der acuten unabhängige Affection sei; die von Meyer für das Gegentheil vorgebrachten Gründe sind nicht im Stande einer anderen Ueberzeugung Eingang zu verschaffen. Er beruft sich zunächst darauf, dass er in einigen, allerdings sehr seltenen Fällen bei paralytischen Geisteskranken eine wirkliche eitrige Meningitis gefunden habe, dass sie daher auch in den

*) Es sind von Meyer die Temperaturbeobachtungen von Jochmann (Berlin 1853) zum Vergleich herangezogen.

**) L. c. p. XXIII. u. a. a. O.

übrigen Fällen im Exacerbationsstadium vorausgesetzt werden könne; ich muss gestehen, dass mir diese Argumentation doch etwas willkührlich und gezwungen erscheint: wenn in der ungeheuren Mehrzahl der Fälle — und das wird ja nicht geläugnet — nichts von einer solchen eitrigen Meningitis sich findet und nur hier und da ein Paralytiker daran zu Grunde geht, so sollte man, meine ich, doch zunächst schliessen, dass es sich in diesen ausnahmsweisen Fällen (die ich übrigens gleichfalls gesehen) eben nur um eine zufällige Complication handle, welche zur Todesursache für den Kranken wird. Warum soll ein paralytischer Irrer nicht auch einmal eine eitrige Meningitis bekommen? und handelt es sich nicht dabei zuweilen um eine cerebrospinale Meningitis, die ja auch sporadisch vorkommen kann? Und ferner, wenn eine solche eitrige Meningitis die tobsüchtigen Delirien und Exacerbationen bedingte, so müsste sie doch bei den Patienten, welche in einem solchen Zustande zur Autopsie kommen, zu finden sein — dies ist aber, wie ich durch die bündigsten Krankengeschichten und Autopsieen nachweisen könnte, so wenig der Fall, dass man vielmehr unter diesen Umständen oft überhaupt keine nachweisbaren Veränderungen der Meningen findet, geschweige denn eine eitrige Meningitis. Aber, abgesehen von diesen eingestandenermassen so seltenen Befunden einer wirklichen eitrigen Meningitis, sollen sich die Producte derselben auch in den häufiger vorkommenden Hirsekorn- bis Linsengrossen, zerstreuten, gelbweissen Fleckchen nachweisen lassen, in so fern das Mikroskop auch hier noch deutliche Eiterzellen, in fettiger Degeneration, erkennen lässt. Unzweifelhaft finden sich nicht nur an solchen, sondern auch an vielen anderen Stellen der Pia lymphatische Elemente mit mehr oder weniger körnigem Inhalt: warum diese aber als Eiterzellen angesprochen werden müssen, die bekanntlich keine charakteristischen Eigenschaften besitzen, ist nicht abzusehen; durch den Befund einiger solcher Zellen nun gar den Beweis eines Restes von eitriger Meningitis führen zu wollen, für welche sonst in Wahrheit nichts geltend gemacht werden kann, ist gewiss als unstatthaft zurückzuweisen. Es wäre dies etwa ebenso, als wenn man aus der Anwesenheit einzelner zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit auf die Präexistenz von freiem Eiter in den Gehirnhöhlen schliessen wollte — was doch Niemanden einfallen wird. Ich glaube, das Gesagte wird genügen, um die Vorstellung einer eitrigen Meningitis als Steigerung der bei der Paralyse vorhandenen chronischen Veränderungen der Hirnhäute zurückzuweisen, wiewohl sich noch sehr viel mehr

dagegen anführen liesse, wenn man den Vergleich mit den klinischen Erscheinungen einer wirklichen eitrigen Meningitis machen wollte.

Eine andere Anschauung von dem Wesen und Sitze des Krankheitsprozesses gründet sich auf Veränderungen der Hirnrinde. Parchappe bezeichnete dieselben als constante und wollte sie überall finden, wo es sich wirklich um allgemeine Paralyse handelte; die übrigen, als entzündlich angesehenen Veränderungen (Verdickung der Meningen, die Adhärenz derselben an die Rindensubstanz, Röthung der letzeren etc.) sind nach ihm nur accessorisch. Wesentlich verändert (erweicht) sollte namentlich die mittlere Schicht der Corticalsubstanz sein, eine Veränderung, die er durch die leichte Ablösbarkeit der oberflächlichsten Schicht constatiren zu können meinte; er bediente sich dazu, wenn die betreffende Schicht nicht schon dem Zuge an den Hirnhäuten folgt, eines Scalpellstiels, den er in die Rinde einsenkte und mit dem er die obere Schicht abhob: je nach der grösseren Leichtigkeit, mit der letztere sich so entfernen liess, wurde eine Affection der mittleren Rindenschicht als erwiesen angesehen. Darauf gründet sich seine Theorie von der constanten und für die Krankheit characteristischen Erweichung dieser mittleren Schicht, woran sich auch die oberen Schichten häufig betheiligen, und die im Anfange noch die Charaktere der Entzündung (Hyperämie, Extravasation u. s. w.) zeigt, während diese später wieder verschwinden. Das geschilderte Verfahren zur Constatirung der Erweichung bedarf keiner Kritik; man kann auf solche Weise produciren, was man eben will.*) —

Die Veränderung der Hirnrinde war indess stets der Punkt geblieben, der die Aufmerksamkeit der Untersuchenden vorzugsweise in Anspruch nahm und in neuerer Zeit wurden die Arbeiten Rokitansky's hierüber massgebend. Er glaubte eine Wucherung der Bindesubstanz der Hirnrinde zu finden, wobei zuerst eine zähflüssige, klebrige, kernreiche Masse auftritt, dann fasrige Elemente sich bilden

*) Ein anderes wunderliches Verfahren, dem obigen an die Seite zu stellen, ist neulich als das Baillarger's von einem seiner Schüler veröffentlicht. Man kratzt mit einem Scalpellstiele die Corticalschicht ab und findet dann in vielen Fällen, besonders an den Vorderlappen, die darunter liegende Marksubstanz indurirt, wobei kammartige Verlängerungen derselben zum Vorschein kommen, welche sehr resistent und elastisch sind und an das Aussehen und die Farbe der Epiglottis erinnern. (Vergl. Ann. méd. psych. 1863. I. p. 32.) Dies sollte etwas für die Paralyse Characteristisches sein. Hr. Magnan hat sich die wohl unnöthige Mühe gegeben, den Nachweis zu führen, dass man dieselben Dinge bei beliebigen gesunden Hirnen erhält. Vergl. Magnan, De la lésion anatomique de la paralysie générale. Thèse. Paris 1866.

und so allmälig eine Ernährungstörung und Zertrümmerung der Nervenelemente bedingt wird, welche letztere sich in „Colloid-“ und Amyloidkörperchen umwandeln. Bekanntlich gehört die feinere Anatomie der menschlichen Hirnrinde zu den schwierigsten und dunkelsten Gebieten der Histologie, namentlich gehört die Ermittelung des Verhältnisses des Bindegewebes zu den nervösen Elementen zu den noch nicht gelösten Aufgaben; selbst wenn man zugeben wollte, dass man bei einzelnen wohl isolirten Elementen zu einem sicheren Urtheile über ihre Natur gelangen kann, so ist doch die Beurtheilung dieses relativen Verhältnisses en masse bis jetzt nicht wohl möglich. Auch Rokitansky hat keine Methoden zu einer solchen Beurtheilung angegeben, ja es scheint, dass er die Hirnrinde Paralytischer überhaupt nur an frischen Präparaten untersucht hat, wobei ein Urtheil hierüber noch viel weniger möglich. Makroskopisch führt zunächst nichts zu der Anschauung von der Zunahme des Bindegewebes; es werden zwar, obwohl ich sie nie gesehen, Zustände von Induration der Hirnrinde bei Paralytikern beschrieben, welche man so deuten könnte, allein in der ungeheuern Mehrzahl der Fälle bietet die Rinde auch nicht annähernd eine derartige Consistenzzunahme dar und stets sieht man bei ungefährer Schätzung, wenn man überhaupt von einer solchen reden kann, mikroskopisch noch eine ebenso grosse Anzahl Ganglienzellen als in der normalen Rinde. Auch an Erhärtungspräparaten, die man in Bezug auf das Verhältniss des Bindegewebes zu den nervösen Elementen für entscheidender halten müsste, sieht man nichts, was man als Zunahme der Masse des Bindegewebes deuten könnte, namentlich auch niemals eine deutliche fibrilläre Structur und Verdichtung, wie es nach den Rokitansky'schen Anschauungen wenigstens in älteren Fällen sein sollte. Nichtsdestoweniger ist diese Bindegewebswucherung in der Hirnrinde der Paralytiker allmälig als eine wohl erworbene Thatsache hingestellt worden und ein Autor wiederholte den andern ohne weitere Prüfung. Seitdem die Lehren der Cellularpathologie die herrschenden wurden, demonstrirte man ihnen entsprechend die Zunahme des Bindegewebes wesentlich aus Wucherungsvorgängen und aus der Vermehrung der Kerne der Neuroglia; ich halte ein Urtheil hierüber für ausserordentlich schwer und darf sagen, dass noch Niemand bisher solche Vorgänge, weder in der grauen noch weissen Hirnsubstanz in irgendwie überzeugender Weise demonstrirt hat.*) Ich selbst habe mich von dieser Kernwucherung nicht überzeugen können.

*) Magnan (l. c.) spricht die Kernwucherung als wesentliche und constante Veränderung an, namentlich auch in der weissen Marksubstanz; L. Meyer

Eine Arbeit von Wedl wurde zugleich die nächste Veranlassung, dass sich die Aufmerksamkeit auf die Gefässe der Hirnrinde lenkte, da Wedl gewisse Veränderungen derselben, zwar eigentlich zunächst bei anderen Hirnkrankheiten, geschildert, aber doch ähnlicher bei den verschiedenartigsten Formen psychischer Störung erwähnt hatte.*) Die Veränderungen sollten wesentlich in einer Kernwucherung und Verdickung der Gefässwandungen bestehen. Es scheint indess, als ob diejenigen, welche diese Beschaffenheit der Gefässwandungen als pathologisch beschrieben haben, mit dem normalen Aussehen der Hirngefässe weder selbst genügend vertraut waren, noch auch die Beschreibung Robin's kannten, denn sonst hätte man nicht wohl umhin gekonnt, auf diese eigenthümliche Beschaffenheit Rücksicht zu nehmen. Robin, auf dessen Arbeit man bei Gelegenheit der His'schen Schilderung von perivasculären Lymphräumen wieder aufmerksam wurde, beschrieb schon die Hirngefässe (sowohl die kleinsten Capillaren, als auch die grösseren, schon mit einer Adventitia versehenen Gefässe von 6—15 hundertstel Millim.) als in normalem Zustande sehr häufig von einer homogenen, leicht streifigen, kernlosen, von den Gefässen getrennten Umhüllung umgeben, durch welche hindurch man die eigentliche Gefässwand, auch die Adventitia, erkennen kann; in den Zwischenräumen zwischen dieser Scheide und der Gefässwand befindet sich dabei bald eine klare, mit molecularen Körnern untermischte Flüssigkeit, bald sieht man daselbst kleine freie rundliche Kerne, auch Fettkörnchen (granulations graisseuses) und „Hämatosin." „Diese Scheide folgt den Gefässen, bildet aber zuweilen an den Theilungsstellen derselben nicht einen entsprechenden einspringenden Winkel, sondern ist dort breiter als sonst und stellt eine Dilatation dar, in welcher die Bifurkation des Gefässes liegt. Die Kerne in dem Raume zwischen der Scheide und dem eigentlichen Gefässe sind theils sparsam, theils zahlreicher, aber nicht einander berührend (contigu); sie sind theils an einer Seite des Gefässes angehäuft, theils liegen sie rings um dasselbe in solcher Menge, dass sie die eigentlichen Wände des Capillarrohrs und seines Inhaltes vollkommen maskiren. Man findet diese Kerne ebenso gut um die schon grösseren Capillaren mit Adventitia als auch um die

---

behauptete später in der cit. „Vorläufigen Mittheilung" die Kernvermehrung in dem Bindegewebe der Marksubstanz und spricht, zum Theil auf Grund dieses Befunds, von einer chronischen Encephalitis. Vergl. auch Demme, Beiträge zur path. Anat. des Tetanus etc. 1859.

*) Wedl, Beiträge zur Pathologie der Blutgefässe. Sitzungsber. der K. K. Akadem. Mathem. naturwiss. Classe. XXVII. p. 265. 1859.

kleinsten Capillaren erster und zweiter Ordnung" u. s. w. Mag man sich nun der von Robin gegebenen Deutung dieser Scheiden (als Lymphräume begrenzend) anschliessen oder nicht,*) so viel ist klar, dass, wenn man z. B. die als pathologisch hingestellten Beschreibungen und Abbildungen von Wedl, Sankey u. A. hiermit vergleicht, bei ersterem ein grosser Theil, bei letzterem wohl sämmtliche Bilder eben nur eine solche normale Beschaffenheit der Gefässe darstellen;**) auch die Schlängelung derselben, auf welche man Gewicht gelegt hat (die Verkürzung des angeblich neu gebildeten Bindegewebes um das Gefäss sollte sie hervorbringen), sieht man in normalen Hirnen häufig genug in ausgezeichneter Weise. Ich selbst habe diese Befunde niemals als pathologisch betrachtet und mich öfter hierüber ausgesprochen. Wenn nun demgemäss auf die Deutung dieser Beschaffenheit der Gefässe Seitens der Autoren, welchen das normale Vorkommen derselbe unbekannt war, kein Gewicht gelegt werden kann, so ist beachtenswerther, was neuerdings Lockhart Clarke***) hierüber sagt. Zunächst bestätigt er den normalen Befund von Robin vollständig und nennt ihn in allen wesentlichen Punkten dem ähnlich, welcher als pathologisch bei der allgemeinen Paralyse beschrieben ist; schliesslich aber meint er doch öfter einen Unterschied in so fern gefunden zu haben, als bei den paralytischen Hirnen nicht selten diese Scheiden deutlicher und häufig dunkler (darker) sind als in gesunden Hirnen; zuweilen, besonders wenn die Gefässe gerollt (convoluted) sind, erscheinen „spindelförmige Erweiterungen" längs ihres Laufes. Ausserdem soll sich das „Hämatosin" reichlicher finden.

Was zunächst die Erweiterungen kleiner Hirngefässe (Ectasieen, Aneurysmen) betrifft, die auch von anderer Seite †) als wichtig hervorgehoben

*) Robin hebt die Aehnlichkeit dieser Kerne mit Lymphkörperchen und weissen Blutkörperchen, so wie ihre grosse Zahl in der Scheide der Hirncapillaren hervor; er beschreibt sie ferner als innerhalb der (Lymph-) Scheide flottirend. — In jüngster Zeit hat Cohnheim die, zur Zeit der Abfassung dieser Arbeit noch nicht publicirte Beobachtung von dem Durchtreten weisser Blutkörperchen durch die Wandungen der Gefässe gemacht und dürfte dem entsprechend wohl das Vorkommen dieser lymphoiden Körperchen ausserhalb der Hirngefässe zu deuten sein.

**) Ich verweise die genannten Autoren und andere, so wie auch Collegen L. Meyer, der ähnliche Dinge als pathologisch beschreibt, auf die Abbildungen bei Robin (Recherches sur quelques particularités de la structure des capillaires de l'encéphale. Journ. de Physiologie II. 1859 p. 537).

***) Lancet, 1. September 1866.

†) L. Meyer l. c.

sind, so waren dieselben schon von Virchow*) vor längerer Zeit beschrieben und von ihm darauf hingewiesen worden, dass sie in gar keiner Beziehung zu Veränderungen des umliegenden Gewebes stehen, Erscheinungen während des Lebens nicht verursachen, im Allgemeinen keine erhebliche pathologische Bedeutung haben, im Centralnervensystem an verschiedenen Stellen sehr häufig vorkommen und wahrscheinlich als congenitale Bildungen zu betrachten sind. Das Gleiche gilt von den häufig vorvorkommenden dissecirenden Aneurysmen der kleinen Gehirnarterien,**) die wohl nur in so fern eine Bedeutung haben als sie unter Umständen zu capillaren Apoplexieen disponiren mögen, mit Veränderungen des umgebenden Gewebes aber nichts zu thun haben: dass jedoch capillare Apoplexieen in den Hirnen Paralytischer nur sehr ausnahmsweise und accidentell vorkommen, ist bekannt. — Auch auf etwas mehr oder weniger der als „Hämatosien“ bezeichneten Körner kann man kein Gewicht legen. Es ist dies offenbar dasselbe Pigment, welches man in den verschiedensten Hirnen antrifft und das von Stein bei einer Anzahl von Kranken der verschiedensten Art untersucht wurde; unter 62 Fällen fand er es 53 mal an den Hirngefässen und beschreibt es vollkommen naturgetreu als bestehend in gelblichen, rundlichen oder eckigen, in Gruppen angeordneten, meist in Media und Adventitia, wie auch in der Umgebung letzterer liegenden Körnern. Er spricht sich gegen einen Ursprung aus dem Blutfarbstoff aus und hält die Körner für eine eigenthümliche Umwandlung von Fett; auch widerlegt er eine Ansicht von Buhl über die Bedeutung der Pigmentablagerung, wonach die Alteration der Gefässwände unter dem Einflusse des im Blute enthaltenen septischen Giftes entstände (die Veränderung war u. A. sehr exquisit bei einem Ermordeten). Dem Zustande könne nur in so fern Werth beigemessen werden, als er das Auftreten anderweitiger Hirnerkrankungen begünstigt; einen ätiologischen Zusammenhang findet er namentlich mit dem von Pestalozzi beschriebenen Aneurysma spurium.***)

Man sieht nun allerdings, wie Lockhart Clarke es beschreibt, auf senkrechten Durchschnitten durch einen Gyrus, namentlich in der weissen Substanz, zuweilen eine radienförmig gegen die Oberfläche lau-

---

*) Virchow Arch. III. p. 427; XXX. p. 272. Vergl. auch Virchow, Geschwülste III. 1. Hälfte p. 456.

**) Vergl. die Beschreibungen von Hasse, Kölliker, Pestalozzi. S. Virch. l. c. III.

***) Daniel von Stein, Nonnulla de pigmento in parietibus cerebri vasorum obvio. Diss. inaug. Dorpati 1858. Im Auszuge in Virch. Arch. XVI. p. 564.

fende Reihe von Streifen, die sich als verticale Spalten oder ovale Schlitze erweisen, in denen die von der Scheide umgebenen Blutgefässe verlaufen. Diese Spalten (die perivasculären Lymphräume von His resp. Robin) scheinen allerdings manchmal etwas stärker, wie denn auch His bei einem im Irrenhause verstorbenen alten Potator diese Canäle im Rückenmarke ungewöhnlich weit und leicht injicirbar fand. In welcher Häufigkeit sich dieser Befund zeigt, in wie weit er von Consistenzveränderungen des Hirns als solchen abhängig ist u. s. w., bleibt vorläufig eine Frage, die weiter zu untersuchen ist. —

Abgesehen von diesen Zuständen der Gefässe, die als chronische Veränderungen gedeutet wurden, hat man auch acutere Vorgänge an den Gefässen beschrieben; einmal sollte sich eine starke Injection bis in die feinsten Capillaren finden, dann aber auch eine Neubildung solcher stattfinden. Es ist richtig, dass man zuweilen Hirne Paralytischer sieht, deren Rinde, wie es schon die ersten Schriftsteller (Calmeil u. A.) beschrieben haben, eine weinhefenartige, dunkel violett geröthete Farbe hat; hier erscheint unter dem Mikroskope ein stark entwickeltes gefülltes Gefässnetz; Vorgänge von Neubildung von Gefässen — oder vielmehr was als solche hätte gedeutet werden müssen — habe ich jedoch nicht beobachtet und die grosse Menge der Gefässe erklärt sich eben durch die Injection, in Folge deren sie sichtbar werden.*) Eine solche Beschaffenheit der Rinde ist jedoch bei weitem keine constante; im Gegentheil ist letztere oft auffallend fahl und blass. Es wird natürlich hier auch die Frage aufzuwerfen sein, in wie weit solche Hyperämieen Begleiterscheinungen und Folgen der Todesursache, überhaupt mehr accidentelle Erscheinungen sein können oder ob sie auf einen der Entzündung sich anreihenden Zustand hinweisen. Man hat gewiss höchst selten Gelegenheit, Zustände acut idiopathischer Entzündung der Hirnrinde in ihren frühesten Stadien zu constatiren und zu untersuchen: eine solche seltene Gelegenheit, die daher vom höchsten Interesse war, bot sich mir neulich dar bei der Section eines an Lungenschwindsucht zu Grunde gegangenen geistesgesunden Individuums einer anderen Abtheilung; der betreffende Patient hatte zwei Tage vor dem Tode einen

---

*) Mettenheimer scheint Gefässneubildung in der Rinde anzunehmen; später beschrieb L. Meyer angebliche Neubildungen der Capillaren, „deren Wandungen oft ausschliesslich aus mehrfachen Lagen runder, grosskerniger Zellen bestehen mit so kleinen Lumen, dass es kaum dem Durchgange eines einzelnen rothen Blutkörperchens zu genügen scheint“ u. s. w.

vorübergehenden Anfall von Bewusstlosigkeit ohne nachfolgende Lähmungserscheinungen, wonach er wieder zur Besinnung kam und nur über starke Kopfschmerzen klagte. Am Morgen des zweitnächsten Tages fand man ihn comatös im Bette und am Abend starb er. Die Section ergab eine enorme Schwellung der Marksubstanz eines bestimmten Bezirks der rechten Hemisphäre, deren graue geschwollene Rindensubstanz daselbst von zahlreichen grösseren blutigen Punkten und Strichen, offenbaren Hämorrhagieen, durchsetzt und sehr weich war. Die mikroskopische Untersuchung zeigte nur eine enorme Füllung der Gefässe neben kleinen schon makroscopisch wahrnehmbaren Extravasaten, nichts von Kernwucherung und auch keine Fettkörnchenzellen. — Vergleicht man diesen Befund umgränzter Encephalitis der Rinde mit dem paralytischer Hirne, so wird Niemand in Abrede stellen, dass bei letzteren nie etwas Derartiges beobachtet wird, namentlich nie eine solche Schwellung der Mark- und Rindensubstanz und keine derartige Extravasation in der Rinde. In dem beschriebenen Falle würde bei längerer Dauer ein Zustand rother Erweichung die Folge gewesen sein.

Während man nun so auf der einen Seite chronische oder acute entzündliche Vorgänge am Bindegewebe sich nachzuweisen bemühte, zog man auf der anderen Seite die nervösen Elemente, die Ganglienzellen, in das Bereich der Untersuchung. So glaubte Tigges, zum Theil auf die Resultate künstlich erregter Entzündungen gestützt, die activen Vorgänge, die man bisher in das Bindegewebe verlegt hatte, auch auf die Ganglienzellen selbst übertragen zu müssen, weil er Vermehrung der Kerne in Zellen fand, die er als Ganglienzellen ansprechen zu können meinte. Es ist diese Beobachtung bisher von keiner Seite bestätigt worden und die gegebenen Abbildungen sind in keiner Weise überzeugend; ich selbst habe eine derartige Kernvermehrung in den Ganglienzellen nicht gesehen und muss sagen, dass die hier aufgestellte Analogie mit anderen Zellen doch augenscheinlich nicht zutreffend ist, da die Ganglienzellen, besser Ganglienkörper, überhaupt wohl keine Zellen sind, sondern anderweitige, offenbar höchst complicirte Gebilde darstellen. Was indess dieser gewissenhafte Beobachter gesehen, bin ich ausser Stande zu deuten.

Eine andere Ansicht von der Natur der Veränderung der Ganglienzellen stellte Meschede auf. Nach ihm findet man alle Uebergangsstufen von einer congestiven Imbibition und parenchymatösen Schwellung bis zu einer fettig pigmentösen Degeneration der Ganglien in der inneren Schicht der Corticalsubstanz, namentlich in

den Windungen der Temporallappen und der Convexität, besonders auf der Höhe derselben längs der grossen Hirnspalte, demnächst auch in den Stirnlappen, viel weniger an der Basilarfläche und am wenigsten in den Windungen der Hinterlappen. Die Beschreibung und die Abbildungen, welche Meschede von diesen Ganglienzellen gibt, lassen deutlich erkennen, dass er nichts Anderes gesehen hat, als was man in jedem gesunden Hirne bei einem gewissen Alter sieht; ja, wer nicht selbst die betreffenden Beobachtungen anzustellen Gelegenheit hat, möge nur die Bilder normaler Ganglienzellen, wie man sie in den Handbüchern der normalen Histologie findet, mit den von Meschede als pathologisch abgebildeten vergleichen und es wird ihm schwer sein, einen andern Unterschied zu finden, als dass die letztere eben unvollkommene Darstellungen sind, in so fern z. B. die mangelhafte Beschaffenheit der Fortsätze auf eine gewaltsamere Isolirungsmethode hinweist; in Betreff des bräunlich körnigen Inhalts wird man jedoch keine wesentliche Differenz finden. Dieses Pigment oder Pigmentfett nun, mit dem Meschede die Ganglienkörper in den Fällen paralytischer Geisteskrankheit erfüllt fand, scheint ihm als characteristisch für den Prozess bei der allgemeinen Paralyse besonders dadurch aufgefallen zu sein, dass er in einem andern Falle (von epileptischem Blödsinne) die Ganglienkörper fast ganz frei von demselben sah. Abgesehen nun davon, dass hier mannigfache Differenzen vorkommen, ist in diesem besonderen Falle hervorzuheben, dass das betreffende Individuum des letzteren Falles sich im mittleren Lebensalter befand, während die aufgeführten Paralytiker dasselbe zum Theil bereits bedeutend überschritten hatten; die Zunahme der Pigmentirung der Ganglienkörper findet sich aber gerade mit Zunahme des Alters besonders constant. Auch der Mangel eines scharfen Contours u. s. w. an vielen dieser Gebilde wird hervorgehoben und stellt sich der Verfasser vor, dass ein allmäliges Zerfallen derselben stattfindet, ohne die Frage weiter zu discutiren, was hier auf Präparationsmethode u. s. w. kommt. Den Anblick derartiger „desorganisirter“ Ganglienkörper kann man sich nicht nur an der Corticalschicht jeden beliebigen Hirns verschaffen, sondern auch an anderen Stellen, wie z. B. sehr gut an den grossen Ganglien der substantia nigra der Hirnschenkel.

Endlich sei hier nur noch der von Einigen als besonderer pathologischer Gebilde beschriebenen mit Wasser gefüllten Räume Erwähnung gethan; die unschuldige Natur dieser sofort als „wassersüchtige“ Ganglienzellen von einigen Forschern angesehener Blasen hat Herr Hubrich sich neuerdings ausdrücklich die Mühe

gegeben, mit Evidenz nachzuweisen*). Ich selbst habe bei guten Isolirungsmethoden die Ganglienkörper, welche sich unzweifelhaft als solche zu erkennen gaben, niemals — abgesehen von den normal vorkommenden Verschiedenheiten der Pigmentirung etc. — verändert gefunden; namentlich möchte ich noch hervorheben, dass ich bisher in der Rinde auch nicht die eigenthümlichen Gebilde habe nachweisen können, welche von Virchow**) in der Retina gefunden und als veränderte (sclerosirte) Ganglienkörper gedeutet wurden, wiewohl allerdings einzelne Dinge daran zu erinnern scheinen.

Eine Umwandlung der Ganglienkörper in den Centralorganen ist nun zwar von mehreren Beobachtern constatirt worden; so sah Virchow***) bei der gelben Hirnerweichung einen Theil der Ganglienkörper der Hirnrinde fettig metamorphosirt; ferner fand Mannkopff†) in einem Heerde rother Erweichung des Rückenmarks neben vielen wohlerhaltenen einige spärliche verfettete u. s. w. — allein hier handelte es sich eben um die ganz differenten Vorgänge rother oder gelber Erweichung der gesammten Hirn- resp. Rückenmarksubstanz mit massenhafter Fettbildung, wie wir es in der Hirnrinde der Paralytiker nie finden; Mannkopff macht dabei mit Recht auf die grosse Widerstandsfähigkeit der Ganglienkörper aufmerksam und erklärt diesen Fall für den einzigen, in dem er den Vorgang der Verfettung an ihnen mit Sicherheit beobachtete.

Am Schlusse dieser Darstellung von den angeblich gefundenen Veränderungen der Hirnrinde kommen wir leider zu dem Geständnisse, dass es an einer brauchbaren und zu Ergebnissen führenden Untersuchung der Hirnrinde bei der Paralyse noch vollkommen fehlt, ja dass man sich zum Theil gar nicht einmal der Schwierigkeiten der Aufgabe bewusst geworden ist. Ob überhaupt mit den bisherigen Untersuchungsmethoden solche Resultate zu erlangen sind, steht dahin, obwohl Manches darauf hoffen lässt. Was mich selbst betrifft, so er-

*) M. Hubrich, Ueber ein eigenthümliches Verhalten der grauen Gehirnsubstanz gegen Wasser. Zeitschr. für Biologie II. Bd. 3. H. p. 391. — Anderweitige Veränderungen von Ganglienkörpern der Rinde hat noch Meynert beschrieben, dessen Arbeit mir nur auszugsweise in einem Sitzungsberichte der Gesellschaft der Wiener Aerzte vom 22. Juni 1866 vorliegt. Ich will daher, wiewohl ich glaube, dass der Verf. in seinen Behauptungen viel zu weit gegangen ist, für jetzt davon absehen. (Vergl. Ueber die Hirnrinde und die Rarefaction ihrer Nervenkörper bei Geisteskranken; Wien. Med. Ztg. 22. 28. 1866.)

**) Zur patholog. Anatomie der Netzhaut und des Sehnerven. Virch. Arch. X. p. 170.

***) Virch. Arch. I. p. 147; X. p. 407.

†) Ueber acute Myelitis. Vortrag auf der Naturforscher-Versammlung zu Hannover. Amtl. Bericht p. 254.

kläre ich für jetzt gern meine gänzliche Unwissenheit über die feineren Veränderungen der Hirnsubstanz der Paralytiker. Was wir von ihrer Veränderung wissen, besteht lediglich in der Kenntniss einer häufig veränderten Beschaffenheit der Consistenz und des Blutreichthums, ohne dass diesen Erscheinungen eine einigermassen befriedigende Deutung zu geben wäre. Gewöhnliche (encephalitische) Prozesse von einer gewissen Dauer scheinen nicht vorzuliegen, da man wenigstens Körnchenkugeln in der Rinde und Marksubstanz vermisst und anderweitige Produkte einer Entzündung fehlen; eine mässig weiche Beschaffenheit aber als solche, begleitet von einer stärkeren Gefässfüllung, ohne Weiteres als Resultat einer Entzündung anzusprechen, ist nach unseren gegenwärtigen Vorstellungen ganz unzulässig — abgesehen davon, dass diese Erweichung sich gar nicht einmal annähernd constant nachweisen lässt*).

Bessere Anhaltspunkte für eine Ansicht von der Natur der Krankheit scheinen zunächst die schon mit blossem Auge sichtbaren Veränderungen der Meningen zu geben; in der That ist Trübung und selbst bedeutende Verdickung derselben, namentlich längs des Verlaufs der grösseren Gefässe, ausserordentlich häufig, so dass man wohl nach Analogie mit chronischen Entzündungen anderer Häute mit einigem Rechte von einer chronischen Meningitis reden kann, zumal auch in einzelnen Fällen Veränderungen der dura mater (Pachymeningitis) auf solche hinweisen. Stellt indess diese chronische Meningitis das Wesen der Sache dar? Gewiss nicht. Oft fehlt sie selbst in Fällen mit sehr protrahirtem Verlaufe und gerade da, wo eine Verklebung der Pia mit der Hirnrinde stattfindet, die man gern mit auf solche entzündliche Vorgänge beziehen möchte; ferner findet man ganz analoge Veränderungen und in einer ähnlichen Ausdehnung bei Individuen, die auch nicht ein einziges Symptom der Paralyse darboten, namentlich auch bei gewöhnlichen chronischen Irreseinsformen. Man darf also höchstens den Schluss machen, dass die der Paralyse zum Grunde liegenden Hirnveränderungen sehr häufig mit chronisch entzündlichen Zuständen der Meningen einhergehen, von ihnen begleitet werden und also in einem gewissen Zusammenhange damit stehen, nicht aber, dass der

*) Calmeil, der in seinem späteren grösseren Werke die Krankheit als Periencephalitis chronica diffusa bezeichnet, beschreibt Vielerlei in der Hirnrinde, von dem sich bei seiner offenbaren Unbekanntschaft mit mikroskopischen Dingen nicht sagen lässt, was es ist, das er gesehen hat, obwohl er daraus den Beweis der Entzündung herleitet. — Vgl. dessen Traité des maladies inflammatoires du cerveau. Paris 1859.

zum Grunde liegende Krankheitsprozess identisch ist mit einer chronischen Meningitis oder unter allen Umständen von einer solchen abhängt. Welche Bewandniss es mit der Adhärenz der weichen Hirnhäute an die Rindensubstanz hat und welche Bedeutung ihr zukommt, ist gleichfalls nicht klar; dass man sie bei den klinisch verschiedensten Fällen findet und nicht findet, habe ich bereits oben erwähnt. Man dürfte Anstand nehmen, sie durch rein physikalische oder mechanische Ursachen (Trockenheit der Häute, Weichheit der Rinde etc.) zu begründen, da sie in der Mehrzahl der Fälle vorzugsweise an bestimmten Stellen (den Vorderlappen, der Höhe der Convexität) localisirt erscheint, was mehr für einen wirklich pathologischen Vorgang zu sprechen scheint; indess wäre dies immer noch kein ganz zureichender Beweis. Die in neuerer Zeit angestellten Untersuchungen haben die Sache in keiner Weise erledigt*); vielleicht handelt es sich dabei um gewisse Beziehungen zu den His'schen Lymphräumen.

Für die Theorie von dem Wesen der Krankheit wurde schliesslich noch die nicht selten eintretende Volumsabnahme der Gesammthirnmasse verwerthet; man constatirte dieselbe zunächst vermittelst Schätzung durch den Augenschein und durch die Anwesenheit einer grossen Menge von Flüssigkeit in den Ventrikeln und den Maschen der Pia (der Subarachnoidalräume), da diese Flüssigkeit nicht wohl anders als auf Kosten eines Schwundes von Hirnmasse in der geschlossenen Schädelhöhle entstanden gedacht werden konnte; ausserdem aber stellte man auch directe Wägungen an. In der That hat sich durch letztere ein ungewöhnlich geringes Gewicht theils des Gesammthirns theils gewisser Parthieen desselben (Parchappe) in vielen Fällen nachweisen lassen; es würde uns zu weit führen, hier auf eine Kritik dieser Wägungen und der allgemeineren daraus gezogenen Schlüsse einzugehen, die nicht immer mit der nöthigen Vorsicht gemacht sind: dass aber in der That eine wirkliche und nicht unwesentliche Abnahme des Hirngewichts in manchen Fällen stattfindet, geht unzweifelhaft daraus hervor. Man bezeichnete diesen Zustand als Atrophie und war theils geneigt, die paralytische Geisteskrankheit überhaupt einfach als eine Atrophia cerebri anatomisch zu charakterisiren,

---

*) Vgl. Besser, Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXIII. p. 331; Mettenheimer, Ueber die Verwachsung der Gefässhaut des Gehirns mit der Hirnrinde. Schwerin 1865. — Magnan will neuerdings gefunden haben, dass bei Injection von Wasser in die Carotis und Jugularis interna derselben Seite die vorher vorhandenen Adhärenzen sich stets ganz leicht lösen. l. c. p. 30. Das Gleiche ist, wenn ich nicht irre, schon einmal von England her behauptet worden.

theils bemüht, letztere in bestimmte Beziehungen zu dem Befunde der Meningen, der chronischen Meningitis, zu setzen; in letzterer Beziehung sprach man sich entweder vorsichtig aus, indem man die Art dieser Beziehungen dahingestellt sein liess oder man redete geradezu von einer primären Atrophie als Ursache der chronischen Meningitis und einer secundären als Folge der letzteren. Indess auch die Atrophie kann nicht ohne Weiteres als der ursprüngliche und wesentliche Krankheitsprocess betrachtet werden, da sie sich bei anderen, viel chronischer verlaufender Irrsinnsformen findet*), die mit dem Bilde der Paralyse nichts gemein haben, andererseits aber durchaus nicht allen Fällen der letzteren gemeinsam ist. Ob und in wie weit die Atrophie etwa als ein späteres Product eines ursprünglich anderen (entzündlichen) Prozesses der Hirnsubstanz zu deuten, darüber zu discutiren ist nach dem oben Gesagten bis zur Ermittelung neuer Thatsachen ein ganz fruchtloses Bemühen**).

Die bisher erörterten Anschauungen über das Wesen des Krankheitsprozesses stützten sich wesentlich auf die wirklichen oder angeblichen anatomischen Veränderungen des Hirns und seiner Häute; das Rückenmark war im Allgemeinen sehr wenig untersucht worden; bei der grossen Anzahl von Sectionsbefunden paralytisch Geisteskranker, welche die Literatur aufweist, ist desselben fast niemals Erwähnung gethan und nur an einigen wenigen isolirten, fast unbeachtet gebliebenen gut beobachteten und beschriebenen Fällen (besonders von H. Hoffmann) war — wenn man von den kritiklos angeführten „Erweichungen" absieht — eine palpable Spinalerkrankung nachgewiesen. So kam es, dass man bei der Aufstellung der Theorieen von dem Wesen der Paralyse des Rückenmarks theils gar nicht gedachte, theils ausdrücklich den rein cerebralen Charakter der Krankheit gegenüber anderen spinalen Affectionen betonte.

Allerdings ist bereits von Joffe***) die Behauptung aufgestellt worden, dass in allen Krankheitsfällen von Paralyse mit sehr protrahirtem Verlaufe, bei welchen das Rückenmark einer genauen Untersuchung unterzogen wurde, Affectionen („Bindegewebsneubildung") des Rückenmarks sich finden, allein es ist nicht ersichtlich, in wie weit die Beobachtungen selbst diese allgemeine Behauptung rechtfertigen, zumal in den aufgeführten

*) Vgl. die Wägungen von Parchappe.

**) Man hat auch das spezifische Hirngewicht mehrfach untersucht; über die sehr zweifelhaften Resultate vergl. die zuletzt darüber erschienene Arbeit von Bastian, Journ. of Ment. Sc. 1866 Jan.

***) Zeitschr. der Gesellsch. der Aerzte zu Wien. 1860 Nr. 5, p. 74.

Fällen des Befundes im Rückenmark überhaupt nur einmal Erwähnung geschieht und nähere Details vermisst werden. Nichtsdestoweniger gebührt Joffe unstreitig das Verdienst, zuerst in allgemeinerer Weise auf das Vorkommen von Rückenmarkserkrankungen bei den paralytischen Irren hingewiesen zu haben. Indess blieben seine Bemerkungen — vielleicht grade, weil speziellere Untersuchungen sie nicht unterstützten — so gut wie unbeachtet. Die grosse Mehrzahl der Irrenärzte untersuchte ebenso wenig als vorher das Rückenmark und man fuhr fort, die beobachteten motorischen Störungen ohne Weiteres auf die gefundenen Gehirnveränderungen zu beziehen und die Theorie der Krankheit demgemäss weiterzuführen. Die Rückenmarksaffektionen sind nun aber, wie ich gezeigt zu haben glaube*), ein ganz allgemeiner Befund bei der Paralyse der Irren, den ich zu den best constatirten Thatsachen rechnen muss. Sie stellen sich, so weit sich bis jetzt übersehen lässt, in verschiedener Form und Ausbreitung dar und kommen bald mit Betheiligung der Häute vor, bald ohne eine solche.

An der dura mater zeigen sich zuweilen entzündliche Prozesse (Pachymeningitis, auch mit hämorrhagischem Charakter), die Affektion der Pia giebt sich durch allgemeine Trübung und Verdickung ihres Gewebes zu erkennen, auch sieht man oft verdickte Leisten und netzartige Züge über dem Niveau hervorspringen, und ferner zwischen ihr und der Dura fadenförmige oder mehr membranartige Adhärenzen sich ausspannen. In Bezug auf die Erkrankung des Rückenmarks selbst lassen sich anatomisch folgende Formen unterscheiden: 1) Erkrankung der Hinterstränge im ganzen Verlaufe vom Hals bis zum Lendentheile. 2) Erkrankung des hinteren Abschnitts der Seitenstränge gleichfalls im ganzen Verlaufe. 3) Gemischte Erkrankung der Hinter- und des hinteren Abschnitts der Seitenstränge. Die isolirte Erkrankung der Hinterstränge gestaltet sich anatomisch etwas anders als die übrigen Formen; sie besteht in einem beträchtlichen Verluste an Nervenelementen (Atrophie), an deren Stelle eine bindegewebige Substanz getreten ist, die sich zuweilen auf Längsschnitten deutlich als ein vollständig entwickeltes lockiges Bindegewebe darstellt. Auf Querschnitten sieht man, wie diese Bindesubstanz hier und da in unregelmässigen grösseren oder kleineren plaques zwischen den Querschnitten der markhaltigen Nervenröhren eingelagert ist; da wo der Prozess weiter fortgeschritten, vereinigen sich diese plaques gleichsam mit einander,

*) Virchow, Arch. Bd. 39 u. 40. — Vergl. auch Allgem. Zeitschr. für Psych. XXIII. p. 709; XX. p. l. c. XXI. p. 361 u. 450. — In neuerer Zeit hat auch Magnan (l. c.) Rückenmarksaffectionen nachgewiesen.

indem man dann auf weitere Strecken nur eine bindegewebige Substanz wahrnimmt, in welcher hier und da noch der Querschnitt einer isolirten markhaltigen Nervenröhre sichtbar wird. Die Nervenröhren selbst scheinen zum Theil sehr schmal, zum Theil von gewöhnlichen Durchmessern, zuweilen aber ausserordentlich breit. Man hat desshalb von Atrophie und Hypertrophie der Nervenröhren gesprochen, indess bedarf dieser Punkt noch einer speciellen Untersuchung, da auch im normalen Rückenmark sehr bedeutende Differenzen in der Breite der Markscheide der Nervenröhren vorkommen, auch die Erhärtungsmethode (z. B. bei ungleichmässiger Erhärtung) eine Rolle spielt. Ich halte desshalb diese Frage für noch nicht vollkommen erledigt.

Am stärksten entwickelt pflegt der Prozess an der Peripherie der Hinterstränge, namentlich im Gebiete der Goll'schen Keilstränge zu sein, jedoch kommen auch mancherlei Unregelmässigkeiten vor, und namentlich sind die Parthieen zur Seite des mittleren Theils der hinteren Längsspalte oft besonders stark afficirt. Vergleicht man die oberen und unteren Parthieen des Rückenmarks in Bezug auf Intensität und Extensität der Erkrankung, so zeigen sich keine constanten Unterschiede, indess sind häufig am Halstheile nur die Goll'schen Keilstränge betroffen, während im Rücken- und Lendentheil sich die Veränderungen über die ganze Breite der Hinterstränge erstrecken; am intactesten bleibt immer die vorderste, der hinteren Commissur zunächst gelegene Parthie der Hinterstränge, demnächst der die Hinterstränge unmittelbar begrenzende Abschnitt. In dieser Weise sieht man die Dinge nach der Erhärtung des Marks. In frischem Zustande verhalten sich die Fälle verschieden, indem man einerseits eine reichliche Anhäufung von Fettkörnchenzellen frei und an der Gefässwand wahrnimmt, während in anderen, im Uebrigen sich nicht unterscheidenden Fällen, die Fettkörnchenzellen vollständig fehlen; ferner sieht man relativ selten eine grössere Zahl blasser zelliger kernhaltiger Elemente und sehr gewöhnlich zahlreiche corpora amylacea.

Anders gestaltet sich das Bild bei der unter 2 und 3 genannten Verbreitung, mit Erkrankung der Seitenstränge, resp. Seiten- und eines Theils der Hinterstränge. Hier findet man im frischen Zustande stets das Vorhandensein von frei im Gewebe liegenden Körnchenzellen*); nach der Erhärtung sieht man die einzelnen markhaltigen

*) Vielleicht hat auch Calmeil in einigen von ihm beschriebenen Fällen, in denen er das Rückenmark untersuchte, die Körnchenzellen gesehen, obwohl aus dem oben angeführten Grunde sich nicht recht darüber entscheiden lässt.

Nervenröhren oder Gruppen derselben umgeben von verbreiterten bindegewebigen Zügen, die im Ganzen den Anblick eines Netzwerkes mit Knotenpunkten darbieten, dessen Züge viel breiter sind als die schmalen, im normalen Zustande die einzelnen Markröhren umgebenden Säume, und dessen Maschen bald von einem, bald von mehreren Querschnitten markhaltiger Nervenröhren ausgefüllt werden. An den erwähnten Knotenpunkten treten stellenweise kernartige Gebilde deutlich hervor, die sich auch wohl in die Züge des Netzes noch hineinerstrecken. Dieses Bild unterscheidet sich von dem erst geschilderten der grauen Degeneration deutlich durch das Hervortreten und Erhaltensein der netzförmigen Zeichnung, die Abwesenheit der grösseren unregelmässigen bindegewebigen Plaques und die stete Anwesenheit von Körnchenzellen; ich bezeichne diese Form, den herrschenden Anschauungen entsprechend, als chronische Myelitis. — Sind die Seitenstränge allein ergriffen (2), so ist es stets ihr hinterer Abschnitt, und zwar wird derselbe kleiner nach dem Lendentheile zu, so dass dort nur die Parthie neben der Spitze des Hinterhorns ergriffen zu sein pflegt; im Halstheile betrifft die Veränderung entweder auch den ganzen hinteren Abschnitt des Seitenstrangs oder sie beschränkt sich auf eine Stelle, entsprechend dem einspringenden Winkel zwischen Vorder- und Hinterhorn und längs des letzteren; im Rückentheil scheint die Veränderung (die Menge der Körnchenzellen) gewöhnlich am stärksten.

Sind Hinterstränge und der hintere Abschnitt der Seitenstränge gleichzeitig afficirt (3), so verhalten sich die letzteren in Betreff der Ausbreitung nach oben und unten wie angegeben, die Hinterstränge dagegen pflegen nur vom Hals- bis zu einem Abschnitte des Dorsaltheils ergriffen zu sein, und zwar zuweilen so, dass wiederum am Halstheile die Goll'schen Keilstränge und am Rückentheile die ganze Ausdehnung der Hinterstränge betheiligt ist; von dieser Stelle nach abwärts nimmt die Erkrankung der Hinterstränge ab, wobei öfter die der hinteren Längsspalte benachbarten Parthieen zuerst wieder frei werden. Zuweilen ist jedoch nur der Halstheil der Hinterstränge dabei ergriffen. In den bisher genauer von mir untersuchten Fällen beschränkte sich die Art der Ausbreitung der Erkrankung in der genannten Weise; es ist jedoch gewiss, wie ich nach einigen neueren Fällen behaupten kann, dass noch andere Combinationen vorkommen. Schon bei der geschilderten Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge fanden sich auch hier und da sparsame Körnchenzellen in den Vordersträngen; in den erwähnten neueren Fällen jedoch waren die

letzteren stärker betheiligt und ging auch die Affection der Hinterstränge tiefer hinab. Eine genauere Untersuchung dieser Fälle habe ich bisher noch nicht vornehmen können.

Das Bild der grauen Degeneration (Atrophie), wie bei isolirter Affection der Hinterstränge, fand ich in den unter 2. und 3. genannten Formen nicht, oder nur andeutungsweise an beschränkten Stellen.

Von grossem Interesse ist es, dass sich die Erkrankung noch weiter durch die Medulla oblongata hin verfolgen lässt. Die Affection der Hinterstränge allerdings endet sehr bald und geht nicht über den Anfang des vierten Ventrikels hinaus; es lässt sich in den als „Keulen" bekannten Anschwellungen der zarten Stränge noch constatiren, dass die graue in den zarten Strang einstrahlende Substanz (Mediales hinteres Nebenhorn, Reichert) nicht mit hineingezogen wird. Die Erkrankung der Seitenstränge kann man an der Hand der Körnchenzellen durch die Pyramidenkreuzung, die Pyramiden und die Längsfasern der Brücke bis in den Fuss der Hirnschenkel hinein verfolgen, deren äusserer Abschnitt davon betroffen wird.

An diese Thatsachen knüpft sich nun ohne Weiteres die Frage nach einem directen Zusammenhange zwischen den pathologischen Zuständen des Rückenmarks und der Hirnerkrankung. Ein solcher ist pathologisch-anatomisch bis jetzt nicht nachweisbar; die Körnchenzellen finden sich nicht mehr über den Fuss des Hirnschenkels hinaus im Stammlappen vor, nicht in der inneren Kapsel, der grauen Substanz des Linsenkerns, Corpus striatum, Thalamus u. s. w. Hier habe ich bei der bisherigen Untersuchung zunächst nichts gefunden, was mir von dem gewöhnlichen Verhalten dieser Theile abweichend schien, namentlich auch keine Veränderungen der Ganglienkörper. Das will indess wenig sagen, wenn man die Schwierigkeit der Untersuchung der grauen Substanz dieser Theile in's Auge fasst, von denen fast ein jeder einzelne eines speciellen Studiums bedarf, soll das Urtheil darüber einigermassen berechtigt sein. A priori hätte man vielleicht in den Fällen mit Erkrankung der Seitenstränge und Fortsetzung derselben bis in die Hirnschenkel eine Affection der erwähnten Theile (innere Linsenkapsel etc.) erwarten dürfen; es verfolgt nämlich, wie sich bei einem Vergleiche mit Fällen sogenannter secundärer Degeneration des Rückenmarks in Folge primärer Hirnheerde ergibt, die Erkrankung durch Medulla oblongata und spinalis unter beiden Verhältnissen ganz dieselbe Bahn, denn auch bei apoplectischen und Erweichungsheerden, welche die innere Linsenkapsel, den Linsenkern etc. betreffen, sind es die Pyramiden und die hinteren Abschnitte der Seitenstränge, in denen

die Bildung von Körnchenzellen stattfindet (Türck). Die Anschauung, dass es sich auch bei der allgemeinen Paralyse zunächst um eine Affection in den betreffenden grossen Hirn-Ganglien oder der Marksubstanz des Stammlappens handle, welche eine secundäre nach abwärts fortschreitende spinale Erkrankung bewirke, ist indess für jetzt wenigstens und vorbehaltlich weiterer Untersuchungen fallen zu lassen, da keine anderen Beweise dafür vorliegen. Umgekehrt erinnert wiederum die Erkrankung der Hinterstränge in ihrer Form und der Art ihrer Verbreitung (Abnahme der Affection nach dem Halstheile zu) ausserordentlich theils an Fälle, in denen eine primäre, vom Lendentheile aufwärts steigende Erkrankung anzunehmen ist (wie in einigen Fällen grauer Degeneration der Hinterstränge bei nicht geisteskranken Personen), theils an solche, wo von einer Heerderkrankung des Rückenmarks aus (durch Compression in Folge von Tumoren u. s. w.) eine aufwärts steigende Erkrankung dieser Stränge angetroffen wird. Indess auch hier konnte, wie erwähnt, eine Fortsetzung über die Medulla oblongata hinaus, weder nach dem Hirnstamme, noch nach dem Kleinhirn zu nachgewiesen werden; es berechtigt uns also auch hier vorläufig nichts zu der Annahme einer directen Fortsetzung des pathologischen Prozesses auf das Grosshirn.

Auch die klinischen Thatsachen weisen keineswegs mit Nothwendigkeit darauf hin. Es wird sich dabei zunächst um die Reihenfolge des Auftretens der cerebralen und spinalen Symptome handeln und zu untersuchen sein, in wie weit die Symptome selbst auf ein Auf- oder Absteigen des Prozesses zum oder vom Hirne deuten. Es gibt nun in der That eine ganze Reihe von Fällen, in denen ganz ausgesprochene und unzweifelhafte spinale Erscheinungen den cerebralen vorangehen; es gehören hierher alle diejenigen Kranken, welche viele Jahre lang vor dem Ausbruche eines psychischen Leidens das ausgeprägte Bild der Tabes dorsualis mit dem geschilderten charakteristischen Gange darbieten, welcher nur auf eine spinale Affection gedeutet werden kann. Allerdings treten hierbei in einer frühen Periode der Krankheit und bevor es zu irgend welchen psychischen Anomalieen gekommen ist, öfter Symptome auf, die man für ein vor der Spinalerkrankung bereits bestehendes Cerebralleiden in Anspruch nehmen könnte, so namentlich zuweilen unvollkommene Lähmung einzelner Augenmuskeln und mehr oder weniger ausgesprochene Atrophie der Papilla N. optici. Diese Affectionen einzelner Cerebralnerven ohne Weiteres auf ein Centralleiden des Hirns zu beziehen, haben wir jedoch keinen genügenden Grund, zumal die Autopsieen

uns in Bezug hierauf nur negative Resultate liefern; es könnte sich sehr wohl um eine ausschliesslich peripherische Affection dieser Nerven handeln, an denen wir zum Theil einen Zustand der Atrophie nachweisen können, welche aber andererseits (bei den unvollkommenen und vorübergehenden Augenmuskellähmungen) keine palpable Läsion erkennen lassen.

In den erwähnten Fällen also, wo zweifellose Cerebralerscheinungen (psychische Störung) erst nach langem Bestehen einer unzweifelhaften Spinalaffection auftreten, haben wir allen Grund, die Rückenmarkserkrankung als die primäre Affection anzusehen; will man ferner zugeben, dass da, wo die unteren Extremitäten zuerst und vor den oberen von der motorischen Störung ergriffen werden, die Erkrankung zuerst die unteren Abschnitte des Rückenmarks betrifft — was jedoch bestritten werden kann — so würden wir zugleich in vielen Fällen einen aufsteigenden Gang der Erkrankung vom Lenden- nach dem Halstheile annehmen dürfen, denn in der That sind die unteren Extremitäten meist die zuerst und im weiteren Verlaufe auch vorwiegend ergriffenen Theile. Würde nun der Prozess weiter nach oben hin fortschreiten, so hätten wir Erscheinungen seitens der Medulla oblongata zu erwarten und demnächst Hirnerscheinungen. Leider entziehen sich jedoch nach dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse die Symptome hier der anatomischen Localisation; allerdings sehen wir das Gebiet des Hypoglossus (Sprachstörung) und Facialis (Zittern, unvollkommene Lähmung) ergriffen, allein wir haben keinerlei Anhaltspunkte, in wie weit diese Erscheinungen auf Störungen im Bereiche der Medulla oblongata oder der centralen Hirnapparate selbst zu beziehen sind. Wenn wir aber andererseits bedenken, dass die der Spinalaffection folgende centrale Hirnerkrankung (psychische Störung) in manchen dieser Fälle schon hochgradig entwickelt ist, bevor es überhaupt zu Störungen im Gebiete des Hypoglossus (Sprachstörung), resp. Facialis gekommen ist, so kann man an ein directes Fortschreiten des Prozesses innerhalb der Med. obl. auf einer Bahn, welche diese Nerven, resp. ihre sogenannten centralen Kerne in sich schliesst, wohl kaum denken. Wir können also zunächst nur ein Nacheinander centraler Hirnerscheinungen (psychische Störung) und der Spinalerkrankung constatiren, ohne dass wir im Stande sind, durch die Symptome ein continuirliches Fortschreiten des Prozesses nach aufwärts darzuthun.

Noch schwieriger ist der Nachweis des umgekehrten Verlaufs. Allerdings sieht man in einer grossen Zahl von Fällen die Symptome

der Cerebralerkrankung (psychische Störung) unzweifelhaft als die ersten auftreten und erst viel später motorische Störungen der Extremitäten folgen. Nehmen wir vorläufig an, dass letztere in der That in einer Spinalaffection ihren Grund haben, so können wir dennoch aus dem späteren, nach der psychischen Erkrankung erfolgenden Auftreten derselben keinen Schluss auf ein späteres Erkranken des Rückenmarks machen, und zwar hauptsächlich desshalb nicht, weil, wie wir noch erörtern werden, die Spinalaffection so latent verlaufen kann, dass sie sich durch merkenswerthe Symptome, namentlich durch characteristische Motilitätsstörungen der Extremitäten, nicht zu erkennen giebt, möglicherweise also schon vor dem Auftreten dieser vorhanden ist. Auch der Eintritt der Sprachstörung gibt uns keine sicheren Anhaltspunkte. Sie erfolgt in den verschiedenen Fällen dieser Art zu sehr verschiedenen Zeiten, bald entschieden nach dem Eintritte der psychischen Störung, bald ziemlich gleichzeitig mit deren ersten Symptomen und steht zu der Grösse der Motilitätsstörungen der Extremitäten in keinem constanten Verhältnisse. Sie kann uns aber namentlich darum nicht zum Anhaltspunkte für die Localisation des Prozesses dienen, da wir nicht wissen, worin wir ihre eigentliche Ursache zu suchen haben.

Berücksichtigen wir alle Umstände, so müssen wir für jetzt die bei allen paralytischen Irren gleichzeitig bestehende cerebrale und spinale Erkrankung in so fern als für sich bestehende und in gewisser Beziehung von einander unabhängige Leiden erklären, als es uns unmöglich ist, die Natur des Hirnleidens genauer zu bezeichnen und einen Zusammenhang zwischen ihm einerseits und den Prozessen der grauen Degeneration und der chronischen Myelitis des Rückenmarks resp. der Medulla oblongata andererseits, darzuthun.

Für eine vollkommene Selbständigkeit der Rückenmarkserkrankung in Beziehung zu dem Hirnleiden könnten vielleicht die Fälle geltend gemacht werden, in denen die graue Degeneration der Hinterstränge (Tabes dors.) eine lange Reihe von Jahren hindurch bis zum Tode des Patienten besteht, ohne dass jemals die psychischen Fähigkeiten alterirt werden. Solche Fälle waren eigentlich bisher die allein für den Typus der als Tabes bezeichneten Krankheit, von der man ein centrales Hirnleiden ausdrücklich ausschloss, mustergültigen. Diese Selbständigkeit des Rückenmarkleidens ist aber, wie unsere Untersuchungen nunmehr gezeigt haben, in so fern nur eine relative, als das gleiche Leiden in einer eigenthümlichen Verbindung mit einer durch ihre Erscheinungen typischen Hirnaffection vorkommt, eine

Verbindung, die bisher fast gänzlich verkannt war, da man in der allgemeinen Paralyse der Irren stets nur ein Cerebralleiden erblickte.

Eine solche absolute Selbständigkeit, wie früher, können wir also der grauen Degeneration der Hinterstränge jetzt nicht mehr vindiciren. Wir können dies um so weniger, wenn wir einen anderen Gesichtspunkt in Betracht ziehen; es kommt nämlich, wie wir gesehen haben, bei den paralytischen Irren sowohl die graue Degeneration als auch eine unter dem Bilde der Myelitis auftretende Erkrankung des Rückenmarks vor — wir können daher mit grosser Wahrscheinlichkeit annehmen, dass diese beiden Formen, eben ihrer gemeinschaftlichen Beziehungen zu einer beiden gemeinsamen, klinisch gleichartigen Hirnkrankheit wegen, auch anatomisch gewisse Beziehungen zu einander haben werden, ja dass es vielleicht derselbe Prozess ist, der unter verschiedenen Bedingungen, die uns allerdings unbekannt, in seiner Entwicklung modificirt und in verschiedenen Stadien angetroffen werden kann. So würde die graue Degeneration klinisch ihre Selbständigkeit als Spinalleiden und anatomisch als Atrophie verlieren und in Verbindung gebracht werden einerseits mit einem Cerebralleiden und andererseits mit chronisch myelitischen Prozessen.

Gewisse Krankheitserscheinungen, welche gleichmässig erstens bei der grauen Degeneration ohne paralytisches Irrsein, zweitens in ihrer Verbindung mit demselben und drittens bei dieser Irreseinsform in Verbindung mit chronisch myelitischen Prozessen beobachtet werden, weisen auf eine solche Gemeinsamkeit hin. Hierher gehören ausser anderen Erscheinungen namentlich die Affectionen einzelner Cerebralnerven, besonders des Opticus und die apoplecti- und epileptiformen Anfälle.

Es ist bekannt, dass in der gewöhnlichen Form von Tabes dorsalis (ohne paralyt. Irrsein) — da, wo wir bei der Autopsie graue Degeneration der Hinterstränge finden — die Atrophie des Opticus zu den nicht grade seltenen Erscheinungen gehört. Die gleiche Atrophie kommt nun aber auch bei den paralytischen Irren vor, und zwar auch bei solchen, welche keineswegs den tabischen Gang haben und bei denen sich nach dem Tode nicht graue Degeneration der Hinterstränge, sondern die beschriebenen chronisch myelitischen Veränderungen in verschiedenen Strängen finden*). Ja noch mehr, auch bei der sogen.

*) Unter 56 an einem Tage im Mai d. J. untersuchten männlichen Geisteskranken befanden sich 14, bei denen auf Grund der psychischen Erscheinungen, allein oder in Verbindung mit motorischen Störungen, allgemeine Paralyse diagnosticirt wurde. Von diesen 14 sogen. Paralytikern hatten 2 Atro-

fleckweisen grauen Degeneration kommt nach Beobachtungen von Virchow (Arch. X. p. 192.) diese Atrophie des Opticus vor, so dass man nicht umhin kann, in allen diesen Formen von Rückenmarkserkrankungen, mögen sie sich auch anatomisch zunächst verschieden gestalten, ein gemeinsames Element anzunehmen. Von den unvollständigen Lähmungen einzelner Augenmuskelnerven gilt in so fern das über den Opticus Gesagte, als sie gleichfalls nicht nur bei den Paralytikern mit grauer Degeneration der Hinterstränge, sondern auch bei denen vorkommen, wo die Erkrankung den myelitischen Charakter hat; die Beobachtung ist hier schwerer als beim Sehnerven, da die Störungen der Augenbewegungen meist in eine Zeit fallen, wo die Kranken der genaueren klinischen Beobachtung noch nicht unterliegen, später aber, bei Weiterentwicklung des psychischen Leidens, schwer oder gar nicht zu constatiren sind und die betreffenden Nerven palpable Veränderungen nach dem Tode nur in seltenen Fällen darbieten.

Die oben erwähnten apoplectiformen oder epileptiformen Anfälle sind gleichfalls gemeinschaftliche Erscheinungen, welche sowohl bei der grauen Degeneration ohne Geistesstörung, als auch bei den paralytischen Geisteskranken mit den verschiedenen Formen der Spinalerkrankung vorkommen; von den im Zusammenhange mit diesen Anfällen zuweilen plötzlich auftretenden und wieder schwindenden Lähmungen gilt dasselbe.

---

phie der Papilla N. optici von der gewöhnlichen, bei Spinalerkrankungen vorkommenden Form; das Sehvermögen war, so weit sich beurtheilen liess, nur mässig alterirt, indess liess sich eine genaue Untersuchung allerdings nicht anstellen. Beide Kranke hatten während der Dauer der Beobachtung bis zum Tage der Untersuchung keine motorischen Störungen, weder in Sprache noch Extremitäten; der Eine von ihnen kam bald darauf zur Section, wobei sich mikroskopisch Körnchenzellen (Myelitis) in einem Theile der Seitenstränge fanden; die Optici waren theilweise von grauem durchscheinendem Aussehen. — Ein anderer, schon früher zur Section gekommener Kranker mit vollständiger Amaurose und gleicher Atrophie der Papille hatte während des Krankheitsverlaufs nur Sprachstörung gehabt und höchstens in den letzten Tagen nur andeutungsweise geringe Innervationsstörungen der Extremitäten gezeigt; es fand sich bei ihm gleichfalls Myelitis (Körnchenzellen) in Vorder-, Hinter- und Seitensträngen; die Optici und Olfactorii waren grau, durchscheinend, atrophirt. — Von einigen 50 an einem Tage untersuchten Frauen war bei Keiner allgemeine Paralyse diagnosticirt und hatte Keine Atrophie der Papille. — In allen Fällen wurde der ophtholmoskopische Befund von Herrn von Gräfe controllirt, der zugleich die Güte hatte, ausführliche Dictate darüber zu geben. Reste von Neuritis fanden sich in keinem Falle.

Der Krankheitsprozess im Rückenmarke selbst stellt sich zwar zunächst, wie wir gesehen, bei der Autopsie in verschiedenen Formen dar, entweder vorwiegend als ein bedeutenderer Schwund von Nervenröhren mit Ersatz durch Bindegewebe (Atrophie, graue Degeneration) oder mehr auf der Stufe eines chronisch interstitiellen Prozesses mit Fettmetamorphose (Verbreitung des interstitiellen Bindegewebes mit Bildung von Körnchenzellen, chronische Myelitis), wobei ein etwaniger Verlust von Nervenröhren in den Hintergrund tritt und von einer eigentlichen Atrophie noch nicht wohl gesprochen werden kann. Ueber die feineren, dem Beginne dieser Prozesse zum Grunde liegenden Vorgänge wissen wir wenig Positives; nach der einen Anschauung handelt es sich bei der Atrophie um Neubildung von Bindegewebe, wodurch die Nervenelemente allmälig zu Grunde gehen; nach einer anderen um eine primäre Atrophie des Marks der Nervenröhren, wobei das die Stelle der geschwundenen Nervenelemente einnehmende Bindegewebe als ein restirendes und seine Zunahme nur als eine relative betrachtet wird. Die sowohl für die eine als für die andere Anschauung angeführten Gründe sind äusserst dürftig und haben den Charakter von Nothbehelfen; im Grunde ist die Art, wie die Nervenelemente zu Grunde gehen und die Atrophie entsteht, unbekannt. Auch die chronisch myelitischen Vorgänge sind, wie ich glaube, noch nicht genügend aufgeklärt; es handelt sich jedoch wahrscheinlich zunächst um eine Vergrösserung der bindegewebigen Elemente, die sich mit Fett füllen und zum Theil eine Vermehrung der Kerne erkennen lassen. Beide Formen, die graue Degeneration und die chronische Myelitis, scheinen nun aber trotz des differenten anatomischen Bildes gleichwohl in einem gewissen Zusammenhange mit einander zu stehen, der allerdings bisher noch nicht ganz klar ist. Die Fälle von Atrophie, in denen man noch grössere Mengen Körnchenzellen antrifft, würden dann gleichsam Uebergangsglieder darstellen; dazu kommt, dass man an erhärteten Präparaten von Myelytis auch wohl zuweilen vereinzelte Stellen von dem Charakter der grauen Degeneration sieht und dass die sogenannten secundären Affectionen des Rückenmarks (durch Druck auf dasselbe) sich bald als chronische Myelitis, bald als graue Degeneration charakterisiren. Wie sich jedoch die Vorgänge in der Wirklichkeit verhalten, ob und in wie weit man von Entzündung dabei reden kann, das wird erst später klar gestellt werden können, wenn unsere bisher noch ganz schwankenden Vorstellungen über die der sogenannten chronischen Entzündung zum Grunde liegenden letzten Vorgänge geläuterter sind.

Nach dem Vorstehenden können wir nunmehr unsere Meinung über die Beziehungen der Hirnerkrankung der paralytischen Irren zu den bei ihnen vorkommenden Affectionen des Rückenmarks dahin zusammenfassen, dass bei den betreffenden Individuen eine gewisse Disposition des Nervensystems gegeben ist, in Folge deren je nach der Verschiedenartigkeit der unbekannten einwirkenden Ursachen theils mehr gleichzeitig, theils nach einander, bald der spinale, bald der cerebrale Abschnitt des Nervensystems, bald peripherische Hirnnerven von dem Krankheitsprozesse ergriffen werden.

Es ist bereits oben ausgeführt worden, dass encephalitische Prozesse bis jetzt an keiner Stelle des Hirns in unserer Krankheit nachgewiesen sind; somit ist allerdings für jetzt eine Analogie mit der Rückenmarkserkrankung nicht herzustellen und bleibt die Natur des stattfindenden cerebralen Prozesses vorläufig unbestimmt. Dagegen zeigt sich ein Verbindungsglied in dem häufigen gleichzeitigen Vorkommen der chronischen Meningitis an den Häuten des Hirns und Rückenmarks. Allerdings ist dieselbe weder an ersterem noch an letzterem ganz constant, indess doch immerhin so häufig, dass man sagen kann, beide Prozesse, der unbekannte im Hirne einerseits und die chronische Myelitis und Atrophie des Rückenmarks andererseits sind grösstentheils von chronisch meningitischen Prozessen begleitet, ohne dass man jedoch den Ausgangspunkt der Erkrankung dort suchen darf. Ebenso sind pachymeningitische Prozesse an der Dura spinalis und cerebralis öftere Begleiterscheinungen.

Es tritt nun schliesslich die Frage an uns heran, in wie weit wir im Stande sind, die während des Lebens beobachteten Erscheinungen durch die nach dem Tode gefundenen Veränderungen zu deuten. Für die psychischen Erscheinungen hat schon Bayle eine solche Deutung versucht, indem er das Delirium und die Agitation von dem Reize der entzündeten Meningen auf die Corticalsubstanz abhängig sein liess; ja er machte dabei sogar einen ganz unhaltbaren Versuch zur Erklärung des, nach ihm ausschliesslich vorkommenden, Grössendeliriums. Diese Bayle'sche Deutung ist — wenn auch nicht in Bezug auf den Inhalt der Delirien — so doch für die Zustände maniakalischer Aufregung massgebend geblieben und, wie wir gesehen haben, später namentlich von L. Meyer in einem etwas anderen Gewande wieder aufgenommen worden. Von anderer Seite ist dagegen mehr Gewicht auf die angebliche Entzündung der Rindensubstanz selbst gelegt worden und Meschede glaubt sogar durch die vermeintlich gefundene parenchymatöse Entzündung der Ganglienzellen die psychische Störung auf

das Beste erklären zu können, indem er erstere gleichen Schritt halten lässt mit den Steigerungen der letzteren in verschiedenen Arten von Delirien: mit dem Zerfall der Ganglienzellen zerfällt dann auch das Seelenleben.

Ich muss mich auf das Entschiedenste gegen solche anatomische Deutungen der psychischen Erscheinungen aussprechen, ganz abgesehen davon, dass noch dazu die anatomischen Thatsachen mangelhaft begründet sind. Es ist das schliesslich doch eitel Spielerei. Man sollte, meine ich, heute einen besseren Begriff von der Complicirtheit der psychischen Vorgänge haben, als dass man sich mit so rohen Erklärungsversuchen an ihnen bemüht und wirklich glaubt, damit etwas gethan zu haben; ich gestehe offen meine Abneigung dagegen ein und hoffe, man wird sich in Zukunft mehr um wirkliche Thatsachen als um derartige die Phantasie in Anspruch nehmende Deutungen kümmern. Vorläufig haben wir keine Vorstellung, welche sich irgendwie begründen liesse, von den Vorgängen, durch welche die psychischen Symptome unserer Krankheit bedingt werden.

Viel näher liegt es, nach den unmittelbaren Ursachen der motorischen Störungen und der apoplecti- oder epileptiformen Anfälle zu fragen. Beschäftigen wir uns zunächst mit ersteren. Bayle suchte ihre Ursache in einer Compression des Hirns, die in den beiden ersten Stadien der Krankheit durch die Congestion der Gefässe der Pia, später ausserdem noch durch die seröse Infiltration der letzteren und durch die freien serösen Ergüsse bedingt sein sollte. Andere legten Gewicht auf die Veränderungen der an die Pia adhärirenden Rindenschicht, noch Andere wieder wollten in einer Erweichung der inneren Theile (Balken, Fornix etc.) den Grund der Bewegungsstörung sehen — alle aber stellten sich eine ausschliesslich cerebrale Ursache vor.

Nach unsern Untersuchungen müssen wir zuvörderst, was die unteren Extremitäten betrifft, wiederum die beiden oben geschilderten Arten der Bewegungsstörung beim Gehen unterscheiden. Dass die eine Art derselben, bestehend in dem tabischen Gange, auf spinale (graue Degeneration der Hinterstränge) und nicht auf cerebrale Ursachen zurückzuführen ist, wird wohl Niemand mehr anzweifeln, namentlich da dieselbe Bewegungsstörung auch bei notorisch nicht Cerebral-(Geistes-) Kranken vorkommt. Es ist ferner nicht zu bezweifeln, dass der Ausfall einer grossen Menge nervöser Elemente in den hinteren Wurzeln und den Hintersträngen es ist, welcher zu diesem Gange Veranlassung wird, gleichgiltig ob man nun die zum Grunde liegende

Bewegungsstörung aus dem blossen Verluste der Sensibilität ableitet oder nicht; warum die Störung den besonderen, als tabisch bezeichneten Character hat, darüber will ich mich an diesem Orte nicht in Discussionen einlassen*). Jedenfalls findet man bei den Geisteskranken, bei denen dieser Gang charakteristisch entwickelt ist, immer die graue Degeneration der Hinterstränge, wenngleich umgekehrt nicht dasselbe gilt.

Schwieriger in Bezug auf die rein anatomische Begründung ist der als paralytisch bezeichnete Gang, wobei die Störungen während eines grossen Theils des Krankheitsverlaufs geringfügiger und weniger charakteristisch sind, so dass oft lange Zeit hindurch nur eine mässige Plumpheit, Ungeschicklichkeit und Langsamkeit der Bewegungen besteht. Es sind dies die Fälle, in welchen sich der Prozess in der Form eines chronisch myelitischen darstellt und ein erheblicher Verlust an Nervenröhren im Rückenmarke und den Wurzeln nicht nachzuweisen ist. Man sollte a pori annehmen, dass die Grösse der Bewegungsstörung hier in einem gewissen Verhältnisse stehe zu dem Grade und der Ausdehnung des myelitischen Prozesses, der augenscheinlich nicht stattfinden kann, ohne dass die nervösen Leitungsröhren irgendwie davon afficirt werden; wenn es nun auch nicht zu einem hochgradigen Schwunde derselben kommt, so wird eine gewisse Compression derselben durch die Verbreiterung der bindegewebigen mit Fett infiltrirten Zwischensubstanz, abgesehen von anderweitigen unbekannten Einwirkungen, kaum in Abrede zu stellen und als Erklärungsgrund für die Behinderung der Bewegungen bis auf Weiteres in Anspruch zu nehmen sein. Indess der rein anatomische Befund lässt schwer eine Schätzung des Grades der im Leben bestandenen Bewegungsstörung zu. Es giebt, wie ich gezeigt habe, Fälle von sehr entschieden myelitischer Erkrankung der Seiten- und Hinterstränge, ohne dass im Leben die Motilität wahrnehmbar beeinträchtigt ist, so dass die Diagnose der Dementia paralytica nur aus dem Character und dem Verlaufe der psychischen Störung allein oder in Verbindung mit gewissen Begleiterscheinungen, wie z. B. den apoplectiformen Anfällen, der Atrophie der Papilla Nerv. optici etc., gestellt werden kann. Bei diesen Fällen mit latentem Verlaufe der Rückenmarks-

*) Auch in Betreff des Schwankens bei geschlossenen Augen bei diesen Kranken sei hier nur bemerkt, dass ich diese Erscheinung noch nicht für ganz aufgeklärt halte, selbst aber nichts wesentliches Neues zur Aufklärung beibringen kann. Am wahrscheinlichsten ist es immer noch, dass Grad und Qualität des Sensibilitätsverlustes die Hauptrolle dabei spielen.

erkrankung ist also nicht umgekehrt die Integrität des Bewegungsapparates als identisch mit der Integrität des Rückenmarks zu deuten; wir müssen uns im Gegentheile die Thatsache immer gegenwärtig halten, dass ein Individuum, dessen psychische Störung den Character der paralytischen hat, bereits an einer spinalen Erkrankung leiden kann, bevor irgend welche objective Erscheinungen darauf hindeuten. Dagegen aber scheint ein subjectives Gefühl leichter Ermüdung in diesen Fällen öfter vorhanden zu sein, was sich allerdings bei ausgesprochener Geistesstörung meist schwer feststellen lässt. Wovon es abhängt, dass sowohl bei dem tabischen als auch bei dem paralytischen Gange zuweilen spontan die auffallendsten Besserungen bis zum normalen, andere Male wieder Verschlechterungen auftreten, sind wir anatomisch ausser Stande zu deuten.

Es ist schon oben erwähnt, dass gegen das Ende der Krankheit hin die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremitäten (auch des Rumpfs) zu einer minimalen herabsinken kann, so dass die Beine auch in der Bettlage kaum noch einer willkührlichen Bewegung fähig sind, wobei sich zugleich Contracturen einzustellen pflegen. Es kommt dies sowohl bei der grauen Degeneration der Hinterstränge als auch bei den myelitischen Prozessen in Hinter- und Seitensträngen vor, ohne dass in der Grösse und Ausbreitung der Erkrankung selbst die Erklärung mit Sicherheit zu finden ist. Es kann also z. B. ein Kranker eine solche fast vollkommene Bewegungsunfähigkeit der Extremitäten haben und bei der Autopsie dieselben Veränderungen (graue Degeneration der Hinterstränge) zeigen wie ein Patient, der bis zum Tode den tabischen Gang und nichts von solcher Bewegungsunfähigkeit der Extremitäten gehabt hat. Allerdings ist die Summe der zu Grunde gegangenen Nervenröhren genau zu bestimmen unmöglich, allein in dem einen wie dem andern Falle ist nach allgemeiner Schätzung der Grad und die Ausbreitung der Krankheit oft anscheinend gleich. Dass die Ursache der Unbeweglichkeit hier in einer Atrophie der Muskulatur zu suchen sei, ist durchaus nicht für alle Fälle zutreffend.

Ob man das so häufig vorkommende Muskelzittern, die stärkeren theils spontanen theils bei complicirteren Bewegungsacten (namentlich der oberen Extremitäten) auftretenden Zitterkrämpfe und unwillkührlichen Muskelcontractionen auf directe Reizung motorischer Nervenröhren schieben soll und ob ein Theil dieser Erscheinungen auf einem Missverhältnisse zwischen Willensimpulsen und willkührlicher Contractionsfähigkeit der Muskeln beruht, bleibe dahingestellt; jedenfalls sehen wir dieselben Erscheinungen bei analogen Rückenmarksaffectionen

ohne jede Complication mit Hirnkrankheiten, so dass auch in unseren Fällen kein Grund vorliegt, diese Erscheinungen in einer anderen als der spinalen Erkrankung zu suchen.

Eines der allerhäufigsten und auffallendsten Symptome, die Articulationsstörung der Sprache, entzieht sich bis jetzt jeder Deutung, da weder in der peripherischen noch in einem Theile der centralen Bahn (der Med. obl., des Hypoglossus) Veränderungen aufgefunden werden konnten. Auch das oft gänzliche Zurücktreten und Schwinden der Sprachstörung, zuweilen mit dem Eintritte tobsüchtiger Aufregung, ist der Erklärung unzugänglich.

Zuletzt bleibt uns noch ein Wort zu sagen über die epileptiformen und apoplectiformen Anfälle mit den sich unmittelbar daran knüpfenden Lähmungserscheinungen. Bayle unterschied beide Arten der Anfälle durch ihre Enstehungsweise, indem er die apoplectiformen in plötzlichen Congestionen der Pia mater und des Hirns, die epileptiformen (sowie anderweitige krampfhafte Erscheinungen) in der Entzündung der Corticalsubstanz (Erweichung derselben und Adhärenz der Pia) begründet sein liess. Er stützte sich in letzterer Beziehung darauf, dass er diese Entzündung der Rinde in allen Fällen gefunden, in welchen epileptiforme Anfälle oder krampfhafte Erscheinungen stattgefunden hatten. Diese Behauptung wird jedoch durch zahlreiche Beobachtungen widerlegt und es ist nur eine willkührliche Deutung der negativen Thatsachen, wenn Bayle meint, dass in solchen Fällen die krampfhaften Insulte seiner Beobachtungen nur entgangen seien, früher stattgefunden haben müssten etc.

In neuerer Zeit pflegt man ziemlich allgemein und in Frankreich fast ausnahmslos die apoplecti- wie die epileptiformen Anfälle der Paralytiker auf Congestionen nach dem Gehirne (resp. der Med. obl., congestion cérébrale) zurückzuführen, indem man von einer Congestion à forme apoplectique oder à forme convulsive spricht. Ja, diese Ansicht von der Natur der betreffenden Anfälle ist allmälig ein solches Dogma geworden, dass es kaum Jemanden mehr einfällt, an irgend etwas Anderes dabei zu denken.*) Trotzdem existirt kein einziger Beweis für die Richtigkeit dieser Anschauung und die vorzüglich in den Vordergrund gestellte Thatsache von der nach dem Tode gefundenen congestionirten Beschaffenheit des Hirns ist so wenig eine That-

*) Vergl. übrigens den Streit zwischen Bouillaud und Trousseau über die Congestion cérébrale apoplectiforme in ihren Beziehungen zur Epilepsie. Bullet. de l'académ impér. de méd. 1861. XXVI.

sache, dass oft das grade Gegentheil bei Individuen, die solchen Anfällen erlegen sind, anzutreffen ist; man hat hier wohl in den meisten Fällen einen gewissen Füllungszustand der Venen mit wirklicher arterieller Hyperämie verwechselt. Auch die angebliche schnelle und sichere Wirkung von Blutentziehungen beruht auf Täuschung, da die Anfälle ohne jedes Eingreifen in der Regel schnell vorübergehen, anhaltendere aber durch Blutentziehungen durchaus nicht modificirt werden. Will man überhaupt die betreffenden Erscheinungen von Bewusstlosigkeit, Krämpfen u. s. w. auf Circulationsstörungen zurückführen, so liegt es nach bekannten in neuerer Zeit gewonnenen physiologischen Thatsachen (Versuche von Kussmaul und Tenner) näher, an plötzliche Anämie gewisser Hirntheile zu denken, was jedenfalls mit den pathologisch-anatomischen Befunden nicht in directem Widerspruche stehen würde. Da wir nun zugleich eine Reihe von Veränderungen in einzelnen Strängen des Rückenmarks, in der Med. obl., dem Pons und den Hirnschenkeln kennen gelernt haben, so liegt gleichfalls der Gedanke nicht fern, dass durch eine zeitweise, von dem pathologischen Vorgange abhängenden Erregung von hier verlaufenden vasomotorischen Nerven die erwähnten Anämien zu Stande kommen.*) Weitere Speculationen hierüber würden jedoch vor der Feststellung anderweitiger physiologischer Thatsachen zu nichts führen.

Zu den unstreitig merkwürdigsten und am schwersten zu deutenden Erscheinungen gehören die häufigen Lähmungserscheinungen nach diesen Anfällen. Sie sind, wie wir gesehen haben, in der Mehrzahl der Fälle schnell vorübergehend, betreffen den Facialis oder die Zunge oder Rumpf und Extremitäten, haben zuweilen den Character vollständiger oder unvollständiger Hemiplegieen und verbinden sich auch wohl mit Contracturen. Niemals — oder doch nur in den seltensten Ausnahmsfällen — lassen sie sich auf intermeningeale Blutergüsse, auf solche in die Hirnsubstanz selbst oder anderweitige nachweisbare Heerderkrankungen (encephalitische Heerde etc.) zurückführen. Man erstaunt, wenn man solche nahezu vollständige Hemiplegien beobachtet und bei der Autopsie, falls der Kranke bald nach dem Anfalle zu Grunde geht, absolut nichts findet, was die Lähmung zu erklären im Stande

*) Es sei hierbei daran erinnert, dass Budge auf Grund einiger — nach der bisherigen Mittheilung wohl noch nicht massgebender — Versuche an Kaninchen im Pedunculus cerebri eine centrale Erregungsstelle für die Gefässnerven aller Körperarterien annimmt. S. Centralbl. für die Med. Wissensch. 1864 No. 35.

wäre; niemals darf man denn auch, wie Halberfahrene so gern thun, unter solchen Umständen intermeningeale Blutungen, hämorrhagische Pachymeningitis u. dergl. diagnosticiren.*) Baillarger**) hat eine Erklärung dieser Hemiplegieen auf Grund der Lehre von der Hirncongestion zu geben versucht. Durch Hirnwägungen wollte er die der Seite der Lähmung entgegengesetzte Hemisphäre von einem geringeren Gewichte, atrophisch, gefunden haben und er stellte sich vor, dass bei den plötzlichen Congestionen (in den Anfällen) unter Umständen immer dieselbe Hemisphäre vorwiegend betroffen wird (unilaterale Congestionen), in Folge wovon sie stärker atrophirt; ferner würden die Congestionen aber auch anstatt anfallsweise, langsam und permanent stattfinden und so allmälig einseitige Atrophie ohne dass Anfälle vorkämen, hervorbringen können. Sehen wir von der mehr als problematischen Ansicht ab, dass die vermutheten Congestionen zur Atrophie der Hirnsubstanz führen, so bleibt als Grundlage der Erklärung für die Hemiplegieen nur die Gewichtsdifferenz der Hemisphären. Die Zahl der von Baillarger zum Belege aufgeführten Fälle beträgt vier, im Ganzen will er acht beobachtet haben; später hat Baume***) vier hinzugefügt. Abgesehen von anderen Einwendungen, welche sich gegen diese Beobachtungen erheben lassen, ist die Ungleichheit des Gewichts der Hemisphären (auch in den angegebenen Zahlenverhältnissen) durchaus keine Thatsache, welche nur bei hemiplegischen Paralytikern beobachtet würde, sondern findet sich bei Individuen, welche niemals Lähmungserscheinungen dargeboten haben; so wird u. A. von Follet und Baume die Ungleichheit der Hemisphären auch für die Epileptiker in Anspruch genommen, von Boyd Wells†) für Epileptiker und Idioten, von Koster††) für die periodischen Irreseinsfälle u. s. w.

*) Wenn man nach Anfällen mit einseitigen Lähmungserscheinungen zuweilen geringe Grade hämorrhagischer Pachymeningitis findet, so darf man die Lähmungen aus dem angeführten Grunde nicht ohne Weiteres auf die — meist sehr unbeträchtliche — Hämorrhagie beziehen, die ganz accidentell sein kann. In der That stimmt denn auch, wenn sie einseitig ist, ihr Sitz oft nicht mit der von der Lähmung betroffenen Seite (d. h. ist nicht gekreuzt).

**) De la cause anatomique de quelques hémiplégies incomplètes. Ann. méd.-psych. 1858. p. 168.

***) Baume, De l'inégalité du poids des hémisphères cérébraus etc. Ann. méd.-psych. 1862 p. 540.

†) Boyd Wells, Observations on the measurements of the head and weight of the brain in 696 cases of insanity. Med. Tines Sept. 24. 1864.

††) Koster, Untersuchungen über den Einfluss des Mondes auf das periodische Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psych. p. 709.

Baillarger selbst hat seine Arbeit unvollendet gelassen; ob er später zu anderen Resultaten gekommen ist? — Die Ungleichheit der Hemisphären ist offenbar von sehr verschiedenen Umständen abhängig, namentlich auch von den Schädelverhältnissen, und es können die angegebenen Bekauptungen keinen Anspruch auf wissenschaftliche Thatsachen machen, so lange nicht diese Umstände berücksichtigt sind und so lange ferner nicht grosse Zahlen für Individuen, welche kein Cerebralleiden hatten, vorliegen; unter diesen und anderen Cautelen dürfte die Fortsetzung dieser Untersuchungen vielleicht nicht ohne Interesse sein, wiewohl man — mit Berücksichtigung anderweitiger Thatsachen von Schwund und Atrophie der Hemisphären — sagen muss, dass die ganze Ansicht sehr viel Unwahrscheinliches hat.

Es ist schon von älteren Aerzten zur Erklärung gewisser schlagartig erfolgender Todesfälle, die sich durch keinen andern Befund erklären liessen, die Ansicht von einer „serösen Apoplexie“ im Gegensatze zu den blutigen Ergüssen aufgestellt worden; dieselbe Lehre ist auch auf die uns beschäftigenden Anfäile und die sich daran knüpfenden Lähmungserscheinungen ausgedehnt worden, indem man sich vorstellte, dass plötzliche seröse Ausscheidungen namentlich in die Hirnventrikel stattfinden und Veranlassung zu den Anfällen mit Bewusstlosigkeit und Krämpfen, so wie (durch Druck) zu den zurückbleibenden Lähmungserscheinungen werden können; die Einseitigkeit der letzteren würde dann auf vorwaltende Ausscheidung in dem Ventrikel einer Seite, das meist schnelle Schwinden auf Resorption der Flüssigkeit resp. Accomodation des Hirns an den Druck zu beziehen sein. Es ist schwer, sich hierüber positiv auszusprechen, da wir einerseits keine genügenden Anhaltspunkte haben, um bei den in den Anfällen zu Grunde gegangenen Kranken den nach dem Tode gefundenen Hydrocephalus internus seinem Alter nach zu bestimmen, dann aber auch letzterer in Fällen fehlt, wo ausgeprägte Zustände von Bewusstlosigkeit und Convulsionen vorangegangen sind. Dass aber da, wo die Flüssigkeitsmenge in dem einen Seitenventrikel reichlicher erscheint als in dem andern, ein bestimmtes Verhältniss zu einseitigen Lähmungserscheinungen obwalte, kann ich auf Grund eigener Beobachtungen bestreiten, da ich sogar die Seite des stärker erweiterten Ventrikels als die paretische fand, anstatt, wie es bei einer vorhandenen Beziehung hätte erwartet werden sollen, umgekehrt.

So ergiebt sich uns schliesslich nichts Positives weder über die Ursachen der dauernden noch der vorübergehenden Lähmungserscheinungen mit dem Character der Hemiplegie. Für die vorübergehenden

können wir zwar gewisse Analogieen anführen, da ähnliche passagere Lähmungen zuweilen bei Epileptikern nach den Anfällen auftreten und zwar bei Epileptikern, bei denen sonst nichts auf eine Heerderkrankung des Hirns hinweist, auch später nach dem Tode keine gefunden wird. Indess diese Fälle bleiben ebenso dunkel als die uns beschäftigenden und tragen trotz ihrer Analogie zur Aufklärung nichts bei.

Für die dauernderen Hemiplegieen resp. Hemiparesen werden wir für's Erste am meisten auf die Rückenmarksaffection (graue Degeneration und chronische Myelitis) hingewiesen sein, wenngleich es äusserst schwer ist, ein Mass für die Grösse und Ausbreitung der Veränderungen aufzustellen, welches bestimmend für den Eintritt dieser Lähmungserscheinungen ist; namentlich gelingt es auch vorläufig nicht, bei so ausgesprochen vorwaltender Affection einer Körperhälfte die vorwaltende Erkrankung einer Rückenmarkshälfte nachzuweisen, da gewöhnlich beide ziemlich gleichmässig betheiligt erscheinen; andererseits dürfte es jedoch auch schwer sein, über ein Mehr oder Minder der Erkrankung einer Seite mit Sicherheit zu entscheiden, da bei der Complicirtheit und der grossen Ausdehnung des Organs die Untersuchung wohl kaum so umfassend ausgeführt werden kann, um ein solches negatives Urtheil sicher zu stellen. Wenn man aber auch wirklich die dauernderen einseitigen Lähmungserscheinungen so deuten wollte, so bliebe es immer noch ganz räthselhaft, in welcher Beziehung sie zu den apoplectiformen und epileptiformen Anfällen selbst stehen, da sie durch solche überhaupt oft eingeleitet oder doch auffallend verschlimmert werden.

Durch die vorstehende Darstellung der Krankheit der allgemeinen Paralyse der Irren glaube ich den Schlüssel zu einer Reihe von Thatsachen gegeben zu haben, die früher unvermittelt dastanden und Veranlassung zu vielerlei Discussionen wurden; ich zähle hierher ausser den Streitfragen über die Aufeinanderfolge der psychischen und motorischen Störungen und was damit zusammenhängt, namentlich die Lehre von einer „allgemeinen Paralyse ohne Geistesstörung", welche in Frankreich aufgestellt wurde. In diesen Fällen handelte es sich — abgesehen von gar nicht hierher gehörigen Fällen von Heerderkrankungen, Muskelatrophie etc. — meist um Patienten mit analogen Motilitätsstörungen, wie sie sich bei den irren Paralytikern finden, aber nur begleitet von einer sehr geringfügigen, leicht zu übersehenden psychischen Schwäche, besonders oft nur leichten Gedächtnissschwäche, auf die man bei dem bedeutenden Vorwiegen der Motilitätsstörungen

kein Gewicht legte. Offenbar lagen hier analoge Rückenmarks-Affectionen vor, wie die von uns beschriebenen, die bereits mit den ersten Anfängen geistiger Störung verknüpft waren.

Einige andere streitige Punkte, wie der über ein Hinzutreten motorischer Störungen zu anderweitigen, viel chronischer verlaufenden Irreseinsformen, welche man in so fern nicht als paralytische betrachtet, als sie sich nicht schon vom Beginne an mit geistiger Schwäche verknüpfen, — werden in Zukunft eine bessere Fragestellung gestatten und mit Rücksicht auf die angeführten Thatsachen nach dieser Richtung hin zu untersuchen sein, wesshalb ich jetzt nicht näher darauf eingehen will.

Ich hoffe, mit dem in dieser Darstellung gegebenen Hinweise auf die eigenthümliche Verknüpfung gewisser chronischer Hirn- und Rückenmarkskrankheiten und die häufige Latenz des Verlaufs der letzteren, ein neues fruchtbares Feld der Untersuchung eröffnet zu haben.

Berlin, im Mai 1867.

IV.

Ueber Crania progenaea*),

eine bisher nicht beschriebene Schädel-Difformität,

von

Professor **Ludwig Meyer**

in Göttingen.

Hierbei eine Tafel.

In der Göttinger Irrenanstalt befinden sich drei männliche Geisteskranke, welche durch die überaus eigenthümliche Form ihrer Köpfe, kaum minder aber durch ihren Gesammthabitus und die Art der psychischen Erkrankung auf eine gewisse typische Zusammengehörigkeit hinzuweisen scheinen. Obwohl sämmtlich zweifellos seit der frühesten Kindheit alienirt, also dem Sprachgebrauche gemäss Idioten, so zeigten sie in der Aeusserungsweise der psychischen Störung doch mehr den Charakter der sogenannten Gemüthsleiden; sie könnte, wenn wir uns der gelenkeren, auch für unpräcise Dinge präciseren Ausdrucksweise unserer Nachbarn bedienen wollen, wesentlich als Störungen der affectiven und moralischen Functionen aufgefasst werden. Nur selten wird in der Kindheit die Lückenhaftigkeit der intellectuellen Begabung genau beachtet, häufiger erweckt eine einseitig entwickelte phantastische Richtung Hoffnungen auf hervorragendes Talent. Gewöhnlich wird von der Umgebung eine in der Entwicklungsperiode unter dem Einflusse sexueller Antriebe und erhöhter Anforderungen an die Arbeitsfähigkeit, scheinbar plötzlich auftretende Steigerung psy-

---

*) *Τὸ γένειον*, das Kinn; *προγένειος*, mit vorstehendem Kinn. Es war nicht ganz leicht, eine kurze Bezeichnung für diese Schädelform zu finden. Auf den Rath des Herrn Professors Sauppe wählte ich den Theil: das Kinn, statt des ganzen Unterkiefers, zur Construction eines Namens, welcher in schulgerechter Form die charakteristische Erscheinungsweise hervorhebt.

chischer Symptome als Beginn eines neu erworbenen Seelenleidens bezeichnet. Die zu jener Zeit unverkennbar entwickelten Symptome des secundären Schwachsinns, oft schon der höheren Grade desselben, der Verrücktheit oder völligen Verwirrtheit, bewahren hier leicht vor diagnostischen und prognostischen Irrungen.

Der älteste der drei erwähnten Kranken, Wilhelm Wöltje, jetzt über 50 Jahre alt und seit 20 Jahren in den Irrenanstalten zu Hildesheim und Göttingen aufbewahrt, zeigte bereits in seinem 18ten Jahre dieselben Symptome von Schwachsinn und hochgradiger Verrücktheit, welche seinen Zustand noch heute von psychischer Seite kennzeichnen. Schon in den frühen Knabenjahren erregte seine ungewöhnliche musikalische Begabung in der wenig bemittelten Familie die Hoffnung, in ihm einen berühmten Virtuosen und Componisten als kräftigste Stütze der Eltern und Schwestern zu erziehen. Was man an eigenen und fremden Mitteln aufzutreiben vermochte, wurde seiner Ausbildung geopfert. Schon im 13. Jahre sollte er eine berühmte Sängerin auf einer Kunstreise begleiten; aber das Unternehmen kam nicht zu Stande, ohne Zweifel, weil schon damals sein Seelenleiden deutlich hervortrat. Von da ab misslangen alle Versuche, ihn auch nur für die eigene Existenz nutzbar zu machen. Bis zu seiner Aufnahme in die Irrenanstalt zu Hildesheim wurde er von seinen Schwestern mit Hülfe einer Unterstützung der Armenkasse erhalten.

Der 21jährige Bauernsohn Christian Kasten, der zweitälteste unserer Kranken, zeigte gleichfalls als Kind eine besondere Neigung zu musikalischen Uebungen; zu anderen Arbeiten war er träge. Die Mutter hatte über mancherlei Sonderbarkeiten zu klagen, — dass er, tagelang schwermüthig, keine Auskunft gäbe, sich öfter versteckte. Im 15. Jahre erfolgte ein maniacalischer Ausbruch, nach der Meinung der Umgebung in Folge starker Gemüthsbewegung. Seitdem nimmt die Erkrankung den Charakter der periodischen Manie an. In der Anstalt zeigte er deutliche Imbecillität, welche nur durch eine gewisse närrische Lebhaftigkeit verdeckt wurde, welche sich in phantastischen Einfällen, „wie Soldat zu werden, zu reisen, plötzlich aus der Anstalt fortzulaufen“ Luft machte.

Diesen beiden Fällen schliesst sich der eben 17jährige Hermann Jürs, gleichfalls Bauernsohn, an. Vater und Schwester leiden an Epilepsie; über seine Kinderjahre fehlen zuverlässige Angaben. Vermeintlich in Folge eines Schreckens über ein wildgewordenes Pferd

befindet er sich seit etwa zwei Jahren in seinem jetzigen Zustande. Er ist verwirrt, unreinlich, grimassirt; noch stärker als in dem vorhergehenden Falle tritt Neigung zu Narrenspossen und Neckereien hervor. Die Geschlechtstheile sind sehr klein, die Schaamhaare kaum sichtbar, die etwa bohnengrossen Testikel befinden sich noch ausserhalb des Scrotalsackes, dicht unterhalb der Bauchringe:

Die Gestalt des letzteren Kranken ist unter, der beiden ersten weit über mittlerer Grösse, aber bei allen dreien schwächlich, sehr schmal in Brust und Becken und von jener eigenthümlichen schlotterhaften Beschaffenheit, wie sie schnell heranwachsenden Kindern eigen zu sein pflegt. Sehr auffallend ist die Configuration des Kopfes und Gesichtes. Das Profil hat eine entfernte Aehnlichkeit mit jenen Gesichtern, mit welchen man wohl die Kalenderzeichen des zu- oder abnehmenden Mondes verziert findet. Die Stirngegend springt steil vor, die Nase ist lang, aber wenig vortretend, das Gesicht überaus schmal und flach, so dass die Wangen in gerader, in der Gegend der Mundspalte leicht concaver Linie in die spitz vorspringende Kinngegend übergehen, welche durch die herabhängende und halb umgeklappte Unterlippe noch stärker vortritt. So erscheint das tiefer liegende Gesicht von Stirn und Kinn eingerahmt und bringt dadurch hauptsächlich den eben erwähnten Eindruck hervor. Bei genauerer Betrachtung zeigt sich nun, dass nicht etwa die mittlere Parthie des Unterkiefers für sich, die Kinngegend in einem besonders scharf nach vorne gerichteten Vorsprung endigt, dass vielmehr der ganze Unterkiefer den Oberkiefer bedeutend überragt und die Schneide- und Eckzähne des letzteren bei geschlossenem Mnnde von denen des ersteren vollständig bedeckt werden. Dieses zurücktretende, schmale und daher übermässig spitz und lang erscheinende Gesicht wird nun nicht blos vorn, sondern auch seitlich von einem voluminös ausgebauchten Schädeldach überragt. Das Hinterhaupt ist im Gegentheil nur schwach entwickelt, bei dem W. und K. flach und steil in den Nacken übergehend, die Ohren sitzen daher weit nach hinten, und scheint das massige Vorderhaupt, ohne Gegengewicht auf den schwachen Gesichtspartieen aufsitzend, in steter Gefahr, nach vorne überzukippen. Dieses auf die Dauer zu verhindern, wäre für die Nackenmuskeln eine überaus ermüdende Aufgabe gewesen, und lag es daher nahe, bei dieser Conformation eine besonders starke Entwicklung des Ligamentum nuchae vorauszusetzen. Es spannte sich nun in der That bei allen Dreien ein recht tüchtiges Ligamentum nuchae zwischen dem siebenten Nackenwirbel und Hinterhaupt und machte bei leicht übergebeugtem Kopfe

die Spitzen der Dornfortsätze dem untersuchenden Finger unzugänglich. Bei J., noch mehr bei W., trat das Ligament in dieser Stellung auch für den Blick kenntlich hervor, indem es als fast fingerdicker Strang die Haut in der Mittellinie der Nackengegend vorwölbte.

Die ausserordentliche Uebereinstimmung in der Erscheinung dieser drei eigenthümlichen Geisteskranken rechtfertigte von vornherein die Vermuthung, dass hier von einem sogenannten Naturspiele, dem zufälligen Zusammentreffen isolirter Veränderungen der Kopfform nicht wohl die Rede sein könne, dass es sich hier vielmehr um eine causale Zusammengehörigkeit handle und wir eine gesetzmässig entwickelte typische Form in diesen abgeflachten, am Hinterhaupte mit einem thierartigen Nackenbande, am aufgetriebenen Vorderhaupte mit einem vorgestreckten Unterkiefer verbundenen Köpfen zu erkennen hätten. Da die Form des Gesichtes und besonders des Unterkiefers meist zuerst die Aufmerksamkeit des Beobachters erregt und die übergreifenden unteren Zahnreihen die am leichtesten zu constatirende Abweichung vom Normalen bilden, so erschien es mir berechtigt, diesen zumeist in die Augen springenden Eigenthümlichkeiten in der Wahl des Namens für die ganze Kopfverbildung gerecht zu werden.

Mit Hülfe des so gewonnenen Musterbildes gelang es nun unschwer, eine ganze Reihe von Köpfen aufzufinden, welche, wenn auch weniger scharf wie die geschilderten charakteristisch hervortretend, sich doch in allen wesentlichen Beziehungen dem Typus des progenäen Schädels anschlossen. Diese Untersuchungen konnten zugleich als eben so viele Probeexempel für die Richtigkeit der oben ausgesprochenen Anschauung über das wirklich Typische, Gesetzmässige in dieser Form selbst dienen. Denn wo sich z. B. die Vertheilung der hinteren und vorderen Schädelpartieen dem Typus anschloss, da fand sich auch ein stärkeres Ligamentum nuchae und zeigte das Verhältniss des Unterkiefers zum Oberkiefer in der Richtung der beiderseitigen Zahnreihen eine grössere oder geringere Hinneigung zum Uebergreifen des ersteren. Auf der anderen Seite liess sich in keinem Falle die vorwiegende Entwickelung des Vorderhauptes bei zurückgebliebenem Hinterkopfe verkennen, wenn es unvorhergesehen gelungen war, ein starkes Ligamentum nuchae oder das Uebergreifen der Unterkieferzähne zu constatiren. Im Ganzen wurden, mit Einschluss der ersten drei, zehn Fälle aufgefunden, deren Köpfe diesem Typus angehörten. Nur einmal, in dem als elfte Beobachtung den übrigen hinzugefügten Falle, fand sich die charakteristische Form des Unterkiefers ohne deutlich entwickeltes Ligamentum nuchae; aber gewisse

Modificationen der Schädelformation dieser scheinbaren Ausnahme lassen vielmehr eine Bestätigung des regelmässigen Verhältnisses erkennen. Wie man aus den nachfolgenden kurzen Mittheilungen der sieben hinzugekommenen Geisteskranken unschwer entnehmen wird, so fehlt dort, wo genauere Beobachtung bis zu den Kinderjahren hinabreicht, jene oben bezeichnete Uebereinstimmung in der Entwickelung der psychischen Erkrankungssymptome nicht. Der Beginn der Geisteskrankheit charakterisirt sich auch hier in keinem Falle scharf genug, um irgend einen Theil der rückwärts gelegenen Lebensperiode als völlig frei bezeichnen zu können. Ueberall finden wir sofort die Formen secundärer Erkrankung; in verhältnissmässig kurzer Zeit steigern sich die Symptome einer tiefen Zerstörung der intellectuellen Functionen, und seit längerer Zeit können sämmtliche Kranke dieser Kategorie als Verwirrte, dementes, bezeichnet werden.

4. Beobachtung. Wöbke, J., Frau von 44 Jahren und Mutter zweier Kinder, soll angeblich vor sechs Jahren erkrankt sein, zeigt aber seit mindestens sechs Jahren die Erscheinungen aufgeregter Verwirrtheit. Von Kindheit auf litt sie an Kopfbeschwerden der verschiedensten Art, war stets launisch, höchst reizbar und heftig bis zu maniakalischen Ausbrüchen. Der Unterkiefer steht sehr stark vor und bedecken die neben wenigen Backzähnen, noch vorhandene linksseitigen Schneide- und Eckzahn vollständig die entsprechenden Oberkieferzähne. Das Ligamentum nuchae ist ausserordentlich stark entwickelt und springt bei kaum gebeugtem Halse deutlich vor.

5. Beobachtung. Frau Barkhoff, 44 Jahre alt, hat dreimal geboren; jedoch ist nur ein neunjähriger Sohn noch am Leben. Der Vater starb in einem epileptischen Anfalle, eine Schwester litt gleichfalls an Epilepsie; sie selbst hat vor funfzehn Jahren und dann vor einigen Wochen einige epileptische Anfälle beobachten lassen, soll aber in der Zwischenzeit frei von ihnen gewesen sein. Von Kindheit auf rhachitisch, schwächlich und, gleich vielen Bewohnern ihrer Heimath, des Harzes, mit einer starken doppelseitigen Anschwellung der Schilddrüse versehen, zeichnete sie sich von Jugend auf durch ein eigenthümliches exaltirtes Wesen aus, welches ihr von ihrer Umgebung nicht selten als Ueberhebung (ihr Vater war Kuhhirt) und Verschrobenheit gedeutet wurde. In ihrem jetzigen, angeblich kaum zwei Monate dauernden Zustande zeigen sich bereits die deutlichen Symptome von secundärem Wahnsinn. Sie besitzt ein wahrhaft colossales Ligamentum nuchae, welches sich, in jeder Stellung sichtbar, zwischen einem stachelartigen Vorsprunge des Hinterhauptes und dem Dorn-

fortsatze des siebenten Halswirbels ausspannt. Letzterer bildet nicht nur den gewöhnlichen Vorsprung in Bezug auf die Halswirbel, sondern überragt auch die Dornfortsätze der Rückenwirbel beträchtlich als eine völlig isolirte Erhebung, welche sich noch besonders durch die scharf vortretenden kurzen Sehneneinsätze für den musculus trapezius markirt. Der Vorderkopf tritt stark vor und erscheint im Verhältniss zu der kleinen Körpergrösse sehr gross, das Gesicht ist sehr lang und schmal. Die Schneidezähne des Unterkiefers bedecken bei geschlossenem Munde vollständig die des Oberkiefers.

6. Beobachtung. Mathilde Wallis, 26 Jahre alt, von kleinem, schwächlichen Körper, war als Kind rhachitisch, lernte spät gehen und sprechen. Schon während der Schulzeit als „nicht ganz richtig“ bezeichnet, fiel sie in der Entwickelungsperiode noch mehr durch neckisches, oft boshaftes Betragen und unmotivirte Anfälle grosser Ausgelassenheit auf. An dauernde Thätigkeit, wie sie die sehr beschränkte Lage ihrer Familie erforderte, war sie nicht zu gewöhnen. Im zwanzigsten Jahre traten unter Steigerung des gewöhnlich aufgeregten Wesens eine Reihe von Wuth- und Angstanfällen auf, welche ihre Versetzung in die Hildesheimer Irrenanstalt veranlassen. Bemerkenswerth waren einzelne triebartige Mord- und Brandstiftungsversuche. Nach eingetretener Beruhigung nach der Heimath zurückgekehrt, wird über grosse geistige Schwäche, ihre Unbrauchbarkeit zu mehr als den einfachsten Handreichungen geklagt. Nachdem ein Recidiv maniakalischer Ausbrüche sie vor zwei Jahren wieder der Anstalt zu Hildesheim zugeführt hatte, wurde sie mit Eröffnung der Göttinger Anstalt dorthin versetzt. Sie ist sehr schwachsinnig, zu jeder Arbeit unbrauchbar, ihren Symptomen nach in die Klasse der verwirrten Irren mit dem Charakter der Aufgeregtheit gehörend, welcher das Gros der Bevölkerung, besonders der Frauenabtheilungen, unserer Irrenanstalten angehört. Ihr neckisches Wesen, die meist plötzlichen Angst- und Wuthanfälle nöthigen zum dauernden Aufenthalte in der Zellenabtheilung. Sie klagt oft über heftige, betäubende Stirn- und Scheitelschmerzen, welche von grosser Blässe des Gesichtes, Kälte der Extremitäten, kleinem frequenten Puls und Schwindel begleitet zu sein pflegen. Bei der Kleinheit des Kopfes, welcher in seinem Volum durchaus der kleinen schmächtigen Figur entspricht, fällt das relative Uebergewicht des Vorderkopfes und die hervortretende Stirn um so mehr auf. Die oberen Schneidezähne greifen leicht über die unteren, decken letztere aber kaum zu einem Drittel; Ligamentum

nuchae mässig stark entwickelt. Eine leichte Anschwellung der Schilddrüse ist wohl auf die Einflüsse ihrer Heimath, eines Harzstädtchens, zu beziehen.

7. Beobachtung. Amalie Brinkmann, 33 Jahr alt, machte verschiedene sog. scrophulöse Kinderkrankheiten durch. Von Kindheit auf erschien sie ihrer Umgebung eigensinnig, dünkelhaft und träge. Nach der Pubertätsentwickelung zeigt sich sofort ein unverhüllter Hang zu liederlichem Leben; alle Versuche, ihr durch regelmässige Beschäftigung einen ordentlichen Lebensunterhalt zu verschaffen, misslangen. Ihre Geisteskrankheit, welche angeblich im Wochenbette vor 13 Jahren ausgebrochen sein sollte, stellte sich damals schon als perfecter secundärer Wahnsinn dar. Die Geisteskrankheit habe sich, wie das Physicatsgutachten über ihren Zustand sehr bezeichnend hervorhebt, so allmälig aus ihren intellectuellen und moralischen Schwächen entwickelt, dass deren Beginn nicht bestimmt werden könne. Seit zehn Jahren wird sie in den Irrenanstalten zu Hildesheim und Göttingen aufbewahrt; sie ist in hohem Grade schwachsinnig und äussert gelegentlich völlig zusammenhangslose Wahnvorstellungen über ihre hohen Verwandtschaften, Reichthümer u. dgl. m., vermischt mit Klagen über Verfolgungen und Attentate ihrer Feinde, voll vulgär sexueller Beziehungen.

Der Vorderkopf ist auf der Convexität sehr flach und breit, die Stirn in der Gegend der Frontalhöcker stark aufgetrieben, die oberen Schneidezähne bedecken bei geschlossenem Munde etwa den dritten Theil der unteren. Das Ligamentum nuchae ist stark entwickelt und tritt bei leicht gesenktem Kopfe sehr deutlich hervor.

8. Beobachtung. Caroline Rehbock, 32 Jahr alt, soll in der Jugend überaus reizbar und überspannt gewesen sein, führte jedoch stets einen ordentlichen Lebenswandel und ernährte sich eine Reihe von Jahren bei verschiedenen Herrschaften als Kammermädchen; später als Putzmacherin gerieth sie in grosse Armuth. Seit mindestens vier Jahren ist sie in ihrem jetzigen Zustande hochgradiger Verwirrtheit. Längere Zeit vorher fiel ihrer Familie an ihr eine mit dem äusseren Verhältnisse sehr in Widerspruch stehende Neigung zu Neckereien auf, welche oft den Charakter eines triebartigen Dranges zu beschädigen und zu zerstören annahmen. Bei leichter, zierlicher Figur und glatten Wangen, geben die stark vorgewölbte Stirn und die schmalen Ober- und Unterkiefer in frappanter Weise ihrem Gesichte den Ausdruck, welcher Kindern in den ersten Lebensjahren eigenthümlich zu sein pflegt. Der Mund kann nicht völlig geschlossen werden, da die

Zahnreihen des Ober- und Unterkiefers gegen einander stossen. Das Ligamentum nuchae ist kräftig entwickelt und tritt wie ein dicker Strang in der gebeugten Nackengegend hervor.

9. Beobachtung. Müller, Leineweber, 44 Jahr alt, ist von Jugend auf schwächlich und scrophulös gewesen. In seiner Umgebung galt er von jeher für hochstrebend; in seiner Lectüre und Ausdrucksweise liess sich eine stark phantastische Richtung nicht verkennen. Vor fünf Jahren erkrankte er mit heftigem Kopfschmerz, Fieber, Zuckungen der Extremitäten, grosser Angst, jedoch ohne Verlust des Bewusstseins. Nach dem Nachlass dieser Krankheitssymptome zeigten sich sofort die Erscheinungen seines psychischen Leidens, wie sie in unveränderter Weise seitdem fortbestanden haben, und nach denen dasselbe sich als ein sog. secundärer Schwachsinn darstellt. Es besteht völliger Verlust des Bewusstseins der Persönlichkeit mit excessiven Grössenwahnvorstellungen. Die Frontalhöcker sind auffallend stark vorgebaucht, die Zähne des Oberkiefers greifen bei fest geschlossenem Munde etwa zum dritten Theile über die Schneide der Unterkieferzähne; das Ligamentum nuchae ist kräftig entwickelt.

10. Beobachtung. Der Steuerdiener Griese, 40 Jahr alt, zeigte seit dem angeblichen Ausbruche seines Geisteskrankheit die noch jetzt bestehenden Symptome hartnäckiger Verrücktheit. Die Anamnese liess sich nur sehr unvollständig ermitteln, da zur Zeit seiner Erkrankung nähere Familienmitglieder nicht mehr lebten. Die Zähne des Unterkiefers, welche wie die des Oberkiefers auffallend rückwärts gerichtet sind (opistognath) werden zur Hälfte von diesen bei fast geschlossenem Munde bedeckt. Der Hinterkopf ist sehr flach, die Stirn wölbt sich in der Tuberalgegend scharf vor; das Ligamentum nuchae ist kräftig entwickelt.

11. Beobachtung. Caroline Ortgies, 28 Jahr alt, stammt von einem leicht idiotischen Vater und einer in späteren Jahren geisteskranken Mutter. Von Kindheit an geistig schwach entwickelt, konnte sie nur mit Mühe soweit gebracht werden, um zur Confirmation zu gelangen. Mit dem 16. Jahre menstruirt, trieb sie sich seitdem umher, je nach den Umständen die Nächte in Ställen, Schuppen oder im Freien zubringend. Für ihre sexuellen Triebe suchte sie in einfachster Weise Befriedigung, indem sie sich jedem überliess, der sie haben wollte. In der Gemeinde ihres Ortes suchte man den Grund dieses Treibens in moralischen Gebrechen, liess sie wiederholt bestrafen und suchte sie unter strenger Aufsicht an ein regelmässiges Leben zu gewöhnen. Aber vergebens, sie entzog sich stets nach kurzer Zeit

jedem Besserungsversuche durch Entlaufen. Zuletzt wurde sie als Umhertreiberin von der Polizei aufgegriffen und auf 3 Monate in ein Arbeitshaus gesperrt. Anfang 1864 gebar sie einen Knaben, welcher sich noch am Leben befindet und der einer anderen Frau von der Gemeinde in Pflege gegeben wurde, da sie bald nach dem Wochenbette ihre alte Lebensweise wieder begann.

Die Untersuchung in der Göttinger Anstalt liess unschwer einen Idiotismus sog. mittleren Grades constatiren. Zu einfachen häuslichen Arbeiten willig und nicht ungeschickt, gelangt sie in ihren Vorstellungen kaum über die ersten Combinationen einfacher Sinneseindrücke hinaus. Bei einem sehr treuen Gedächtnisse für die ihr wichtigeren Lebensvorkommnisse, ist sie völlig ausser Stande, dieselben in ihren causalen Beziehungen zu verstehen. Sie nimmt ihr wiederholtes Entlaufen, ihre Arretirung durch einen Gendarmen, die darauf folgende Einsperrung in das Arbeitshaus, ihren jetzigen Aufenthalt als ebenso viele vereinzelte zufällig auf einander folgende Begebenheiten. Sie fordert unablässig ihre Entlassung, äussert ganz offen, dass sie dann wieder thun könne, was sie wolle, arbeiten oder umherschweifen, mit Mannsleuten zusammen sein u. dgl. m. Wenn der Gemeindediener oder Gendarm sie hindern wolle, werde sie sich verstecken.

Das Gesicht erscheint klein und schmal, der Unterkiefer ragt stark vor, die Schneidezähne beider Kiefer stossen beim Schliessen des Mundes gegeneinander. Ein Ligamentum nuchae macht sich bei der Untersuchung in keiner Weise merklich; die Spitzen der Dornfortsätze werden unmittelbar durch die Haut des Nackens durchgefühlt. Der kleine Schädel ist mehr schmal als kurz, die Stirn niedrig und leicht zurückweichend, der Hinterkopf mässig entwickelt, die Hinterhauptsschuppe gut gewölbt.

Die in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellten Resultate der an Kopf und Gesicht obiger 11 Fälle vorgenommenen Messungen haben natürlich nur den sehr relativen Werth aller derartigen, zum Theil von so wechselnden Momenten, wie Haarwuchs, Dicke und Turgescenz der Hautdecken etc., abhängigen Bestimmungen*).

Da beim Messen des Kopfumfanges beim Lebenden ein Anlegen des Messbandes über dem Haarwuchs nicht vermieden werden kann, so wird aus dem so gewonnenen Resultate der Horizontalumfang des

*) Bischoff (Sitzungsbericht der bair. Akad. der Wissensch. 1864. I. 1. pag. 35) fand an zwei Köpfen Differenzen des Horizontalumfanges von 9, resp. 6 und 35, resp. 16 Millimeter, je nachdem das Haar allein oder die ganze Kopfschwarte entfernt waren.

nackten Schädels kaum mit annähernder Genauigkeit zu reduciren sein. Nach einer Reihe von Messungen an den Köpfen von Leichen vor und nach Entfernung der Kopfschwarte, und unter Berücksichtigung der auf Rechnung des Turgors zu setzenden grösseren Dicke der letzteren beim Lebenden, halte ich es für gerechtfertigt, für den Umfang der haarreicheren und im Allgemeinen auch fettreicheren Frauenköpfe 30, für den der Männerköpfe 20 Millimeter in Abzug zu bringen. Da man durch derartige Messungen am Lebenden sich nur vergewissern will, ob beträchtliche, eine pathologische Deutung zulassende Abweichungen vorhanden seien, so erhält man auf diesem Wege hinlänglich brauchbare Resultate. Bei den geraden Durchmessern genügt ein Abzug von 6 Millimeter für die Kopfschwarte, da die Zirkelspitzen beim Messen unmittelbar dieser aufgesetzt werden. Die beiden am Lebenden zu bestimmenden geraden Durchmesser (Länge und Breite) des Kopfes sind für sich, ohne die Höhe, wenig geeignet, über die Grösse des Kopfes Auskunft zu geben, aber auf einander bezogen, zur Gewinnung eines Urtheils über den Grad der Dolicho- oder Brachycephalie differiren die so gewonnenen Verhältnissziffern nur unerheblich von denen des nackten Schädels*).

Neben den Schädelmassen habe ich noch das Längsmaass des Gesichtes angeführt, weil man aus ihm ersieht, wie vorzugsweise durch die Schmalheit des Gesichtes der Eindruck einer (factisch nicht vorhandenen) übergrossen Länge erzeugt wird.

*) W. Krause geht entschieden zu weit, wenn er die Kopfmessungen an Lebenden für vollkommen werthlos erklärt. Zu wissenschaftlichen Resultaten lassen sich diese Messungen allerdings nicht verwenden und daran hat auch wohl Niemand gedacht. Aber in der oben angegebenen Richtung können jene Messungen zu practisch recht werthvollen Ergebnissen führen, und kein Irrenarzt wird den von Krause angeführten Gründen zu Liebe, auf die Kopfmessung als diagnostisches Hülfsmittel Verzicht leisten wollen. Der unter 1 der Tabelle I. angeführte Schädel des W. bleibt ein auffallend grosser Schädel, wenn auch die Zahl des gefundenen Horizontalumfanges von 590 um 5 oder selbst 10 Millimeter mehr hätte reducirt werden müssen, als der Durchschnittsberechnung von 20 Millimetern entsprechend geschehen ist, und für die Bedeutung des sogenannten Breitenindex (Verhältniss der Länge zur Breite) ist eine Vergrösserung oder Verringerung um $1/_{20}$ und mehr geradezu gleichgültig, wie das von Krause zum Beweise seiner Ansicht angeführte Beispiel, nach welchem ein Breitenindex von 80 durch Hinzufügung der Kopfschwartendecke zu beiden Durchmessern in 80,9 verändert werde, in der Stellung dieses Schädels als mittleren Orthocephalen nichts ändern würde. Bericht der Naturforscherverss. zu Hannover 1865, pag. 332.

I. Tabelle.
(Maass überall Centimetermaass).

Beobacht. No.	Namen	Geschlecht	Alter	Horizontalumfang des Kopfes nach Welcker*)		Längsdurchmesser L. nach W.**)		Querdurchmesser Q, an der Stelle der grössten Schädelbreite gemessen***)		Gesichtslänge; Linie NK nach W.*)	L : Q L = 100 gesetzt. Breiten-Index.
				gemessen	reduzirt	gemessen	reduzirt	gemessen	reduzirt		
1	Wöltje	Mann	50	59	57	19,7	19,1	16,4	15,9	11,4	83,7
2	Kasten	Mann	21	57	55	19,7	19,1	15,9	15,3	13,8	80,1
3	Jürs	Mann	17	56	54	18,9	18,3	15	14,4	11,5	78,5
4	Jellen	Frau	44	55	52	18,3	17,7	15,3	14,7	10,5	83,1
5	Barkhoff	Frau	44	57,75	54,75	18,4	17,8	16	15,4	10,8	86,5
6	Wallis	Frau	26	52,5	49,5	17,7	17,1	14,1	13,5	10,7	80
7	Brinkmann	Frau	33	55,5	52,5	18,4	17,8	16	15,4	12,3	86,5
8	Rehbock	Frau	32	52	49	17,1	16,5	15	14,4	11,5	87,3
9	Müller	Mann	44	57	55	19,2	18,4	15,3	14,7	11,9	80
10	Griese	Mann	40	57,5	55,5	19,1	18,4	16	15,4	11,5	83,1
11	Ortgies	Frau	28	54	51	18,5	17,9	14,5	13,9	10	77

*) Untersuchungen über Wachsthum und Bau des menschlichen Schädels. Leipzig 1862, pag. 23.
**) l. c. pag. 24.
***) Welcker, kraniologische Mittheilungen im Archiv für Anthropologie pag. 137.
†) l. c. pag 103.

Das in dieser Tabelle zusammengestellte Ergebniss der Messungen bestätigt zuerst, dass die Anschauung in den meisten Fällen nicht fehlgriff, wenn ihr die Schädelform als eine besonders breite erschien. Der von Welcker für normale Männerschädel deutschen Stammes ermittelte Breitenindex 80,5 würde von dem sich aus einer Durchschnittsberechnung der Männerschädel der Tabelle I. (1, 2, 3, 9, 10) ergebenden nicht unerheblich übertroffen werden, wobei ich nicht unterlassen will, darauf aufmerksam zu machen, dass die Bewohner Hannovers im Allgemeinen längsköpfiger sind, als die übrigen Deutschen. Der Breitenindex der 11 von Welcker gemessenen Hannoveranerschädel*) 76,7 zum Grunde gelegt, kann über die bedeutende Breitenentwickelung der Männerköpfe unserer Gruppe keinen Zweifel bestehen lassen, welche sämmtlich dem niedersächsischen Stamme der unteren Weser- und Elbgegend angehören. Indess weit auffallender tritt die vorwiegende Kopfbreite bei den Frauen hervor, besonders wenn man sich erinnert, dass geringere Breite im Verhältniss zu dem der Männer eine Eigenthümlichkeit des normalen Frauenschädels ist.**) Aber trotz der wirklich grossen Kopfbreite bleiben die Massverhältnisse weit hinter den Voraussetzungen der abschätzenden Anschauung zurück. Dieser Eindruck übermässiger Kopfbreite wird zum Theil von der relativ geringen Höhe, vorzugsweise aber der grossen Breite des Vorderkopfes, welcher überhaupt durch die Vorwölbung der Stirn sehr in die Augen springt, abhängig sein; denn es ist wesentlich Stirn- und Schläfenbreite, nach welchen wir die Breite des ganzen Kopfes taxiren. Auch der meist beträchtliche Umfang unserer Köpfe trägt wohl zur Steigerung dieses Eindrucks bei, denn grosse Köpfe erscheinen auch relativ breiter, da in der verticalen sowohl, als in Profilansicht die starke Krümmung des hinteren Schädelabschnittes die Abschätzung der geraden Länge sehr erschwert. Das von Welcker angegebene Durchschnittsmass für den Horizontalumfang des normalen Männerschädels von 521 Millimetern findet sich in allen Fällen beträchtlich (um 19 bis 39 Millimeter) überschritten. Zwei der Frauenköpfe (6 und 8) besitzen einen nahezu normalen Horizontalumfang, drei dagegen überschreiten (4, 5, 7) das für diesen ermittelte Mass von 504 Millimetern sehr beträchtlich und lassen sich den männlichen Grossköpfen anreihen. Die gemessenen Gesichtslängen bedürften noch zum Vergleiche mit der am Gesichtsskelett gemessenen

*) l. c. p. 142.

**) Der Breitenindex aus dem Mittel 30 normaler deutscher Frauenschädel berechnet beträgt nach W. 76,5. W. kraniol. Mitth. p. 121.

der Reduction von einigen Millimetern, aber auch so bleiben in den meisten Fällen die gefundenen Masse hinter der normalen Gesichtslänge des erwachsenen Mannes, nach Welcker im Durchschnitt 12 Centimeter betragend*), beträchtlich genug zurück. Dass diese, eher kurzen Gesichter den Eindruck bedeutender Länge machen, lässt sich, wie bereits erwähnt wurde, nur durch den Umstand erklären, dass die Breitenentwickelung des Gesichtsskelettes noch erheblicher zurückblieb.

Als Ergebniss dieser Messungen können wir also anführen, dass auch in den Massverhältnissen des Schädels und Gesichtes dieser merkwürdigen Kopfform sich eine Uebereinstimmung vorfindet, welche wieder eine Uebereinstimmung in der Entwickelung nicht unwahrscheinlich erscheinen lässt und die Frage nach einem gemeinsamen pathologischen Moment, welches in allen einzelnen Fällen zur Geltung gekommen sei, nahe legt. Aber ohne die genaue Bestimmung der gegenseitigen Entwickelung der einzelnen Schädelabschnitte, wie sie nur am Schädelskelett ausführbar ist, würde, abgesehen von den schliesslichen positiven Resultaten derartiger Untersuchungen, selbst die Fragestellung in dieser Allgemeinheit zurückbleiben. Es fanden sich nun in der Schädelsammlung der psychiatrischen Klinik zwei der progenäen Form angehörende, nachweislich von Idioten stammende Schädel. Diesen beiden konnte ein dritter Schädel hinzugefügt werden, der, bei völlig normaler Stellung des Unterkiefers, unverkennbare Spuren eines besonders stark entwickelten Ligamentum nuchae zeigte, und eine Art Gegenstück zu dem Kopfe der 11ten Beobachtung, dem bei übergreifendem Unterkiefer ein wirksames Ligamentum nuchae fehlte, bildete.

12. Beobachtung. Georg von Sprekelsen aus Ottersberg lernte erst im vierten Jahre gehen, aber niemals sprechen. Er konnte nur unarticulirte Töne hervorbringen, zeigte aber Spuren von Gedächtniss und Aufmerksamkeit. Er war häufigen Anfällen von Zornmüthigkeit unterworfen, und obwohl im Allgemeinen reinlich, hatte er Neigung, ekelhafte und ungeniessbare Gegenstände zu verschlingen und litt in Folge dessen oft an Indigestionen. In den ersten Kinderjahren zeigten sich hartnäckige Exantheme, verbunden mit Ausfallen der Nägel an Händen und Füssen. Er starb 1851, 15 Jahre alt, in der Hildesheimer Irrenanstalt. Notizen über eine etwa gemachte Section sind nicht aufzufinden. Der Schädel, dessen Abbildung im Profil dieser Abhandlung hinzugefügt ist, fällt sofort durch weit vortretenden spitzen Unterkiefer auf. Letzterer erinnert durch Schmalheit und geringe Höhe des Kör-

*) l. c. p. 105.

pers, durch Kürze des Astes und ausserordentlich stumpfen Unterkieferwinkel an die dem Säuglingsalter eigenthümliche Form. Dazu kommt, dass Kinnvorsprung (protuberantia mentalis) wie Kinngruben (fossae mentales)*) gänzlich fehlen und die vordere Fläche glatt in den unteren leicht zurücktretenden Kinnrand übergeht. Die noch vorhandenen Schneidezähne bedecken bei Annäherung des Unterkiefers völlig die des Oberkiefers. Der Oberkiefer erscheint schmal und tritt wie der gesammte Gesichtschädel hinter der Stirnwölbung erheblich zurück. Die Gegend der arcus superciliares erscheint glatt, die der glabella dagegen gewölbt. Die Stirnhöcker sind einzeln nicht zu unterscheiden, sie bilden vielmehr mit dem zwischen ihnen liegenden Theile des Stirnbeins eine gleichmässige Vorbauchung. Die tubera parietalia sind gleichfalls nicht kenntlich, die Scheitelbeine treten in gleichmässig starker Wölbung hervor; auch das planum semicirculare ist stark vorgebaucht, die linea semicircularis sehr undeutlich ausgedrückt; die Schläfenschuppe ist dagegen sehr flach, ihre hintere Hälfte über und hinter der Wurzel des Jochfortsatzes deprimirt. Die ganze Scheitelgegend erscheint abgeflacht und breit. Die Parthie im hinteren Drittel der Sagittalnaht und neben letzterer bildet eine dreieckige gegen die Hinterhauptsschuppe leicht concave Depression, die von den seitlichen Vorwölbungen eingeschlossen ist. Die Hinterhauptsschuppe überdeckt mit ihren Nahträndern nicht wie gewöhnlich die mittlere Scheitelgegend, sondern erscheint im Niveau der Depression zwischen beide Scheitelbeine eingekeilt. Der den Keil begrenzende Theil der Lambdanaht ist nahezu gradlinig, ungezackt, die Ränder der sie bildenden Knochenparthieen stossen fast vertical aneinander. Der dann auf beiden Seiten folgende Theil der Naht ist noch sehr grobzackig und geht erst allmälig in die gewöhnliche feine Nahtzähnelung über. In gleicher Weise ist die hintere Partie der Sagittalnaht grobzackig, stellenweise gradlinig, und erst im vorderen Drittel findet sich die gewöhnliche Zähnelung wieder. Die sonst normal aussehende Coronalnaht erscheint besonders in ihren mehr vertical gerichteten Theilen vielfach auseinander gedrängt, lückenhaft. Das Hinterhauptsbein ist sehr merkwürdig gestaltet. Der Hinterhauptshöcker fehlt vollständig und ist seine Gegend flach und eher leicht deprimirt. Sie geht unmittelbar in den oben beschriebenen keilförmigen Theil der Schuppe über und bildet mit diesem eine fast völlig vertical stehende Fläche. Eine leichte

*) Protuberantia mentalis, fossae mentales s. Henle, Handbuch der systemat. Anatomie Bd. I. p. 190.

Einziehung, welche die Stelle der linea semicircularis superior zu vertreten scheint, scheidet diesen verticalen Theil von dem übrigen, scharf in die fast horizontale Richtung umgeknickten Theile der Hinterhauptsschuppe. Die crista occipitalis externa ist höckerig, sehr kurz (c. 2,5 Centim. lang) und tritt um so schärfer leistenartig vor, als sich zu beiden Seiten derselben je zwei durch eine Andeutung der linea semicircularis media geschiedene rauhe Gruben befinden. Durch diese Gruben und ähnliche Vertiefungen hinter den Gelenkfortsätzen ist der, zwischen diesen und der linea semicircularis superior gelegene Theil der Schuppe in eine zusammenhängende, c. 1 Centim. tiefe Depression mit rauhem höckerigem Grunde umgewandelt. Besonders hervorzuheben sind drei einen Wulst bildende Höcker am hintern Rande und schuppenförmige Auflagerungen an den Seitenrändern des Hinterhauptsloches. Dieses ist kurz und schmal (2,7 Centim. lang, 2,3 Centim. breit) und wird in seinem vorderen Theile ausserdem nicht unerheblich durch die nach der Mittellinie zu verschobenen processus condyloidei beeinträchtigt. Die Gelenkflächen letzterer bestehen aus zwei fast senkrecht zu einander gestellten Facetten, einer sehr kleinen hinteren und einer mit der Spitze nach vorne und innen gerichteten, ziemlich beträchtlichen, vorderen.

Die sutura sphenobasilaris ist noch völlig offen. Die untere Fläche des Occipitalfortsatzes und die daranstossende des Keilbeins liegt völlig horizontal. Processus pterygoidei, sowie der Oberkiefer stehen kaum senkrecht zur Basis und eher ein wenig nach hinten gerichtet (opistognath); von den Choanen ist bei senkrechter Richtung des Blickes auf die untere Schädelfläche nichts zu erblicken. Der Gaumen ist schmal, an der breitesten Stelle von der äusseren Kante beider Alveolenränder gemessen kaum 5 Centim. breit. Die Backzähne sind nach innen gerichtet, der erste linke ist völlig in der Mitte des linken Gaumenfortsatzes zum Durchbruch gekommen. Die Zwischenkiefernaht erscheint noch deutlich erkennbar. Mittlere und hintere Schädelgruben sind flach, letztere sehr klein, die vorderen gut entwickelt mit tiefliegender Siebbeinplatte. Die Felsenbeine erscheinen in eigenthümlicher Weise nach vorne gedreht, so dass die hintere Fläche mehr nach oben, die obere Kante nach vorn gerichtet ist.

13. Beobachtung. Ohne weitere Notiz als Schädel eines Idioten bezeichnet. Die Weisheitszähne sind im Unterkiefer nur theilweise, im Oberkiefer noch nicht durchgebrochen. Sämmtliche Nähte sind noch offen, die Oberfläche der Knochen glatt, auf dem linken Frontalbein mit einzelnen leichten Gefässrillen versehen. Die processus sty-

loidei sind noch nicht verwachsen. Der Schädel gehörte daher einem jugendlichen, wahrscheinlich 18—20jährigen Individuum an, obwohl die sutura spheno-basilaris vollständig verwachsen ist.

Der Unterkiefer ragt fast noch stärker vor, als in der vorigen Beobachtung; jedoch ist der Unterkieferwinkel nicht ganz so stumpf, der Ast weniger kurz; auch ist an dem spitzen Kinn eine, wenn auch sehr flache protuberantia mentalis bemerklich. Oberkiefer und Jochbeine sind zwar flach, treten aber weniger hinter dem Stirnschädel zurück, als der vorige; auch zeigt die Stellung der processus pterygoidei einen geringeren Grad von Opistognathie. Die Arcus superciliarés sind nur schwach, die Frontalhöcker breit und, wie der zwischenliegende Theil, vorgebaucht. Die vorhandene Frontalnaht geht nicht unmittelbar in die Sagittalnaht über, sondern endet 1 Centim. rechts von ihr, so dass die linke Hälfte des Stirnbeins zugleich mit beiden Scheitelbeinen zusammenstösst. Jene linke Hälfte überragt auch die rechte um etwa 1 Centim. nach oben und greift bogenartig in das linke Scheitelbein über.

Die hintere Gegend der Scheitelbeine ist abgeflacht, die Pfeilnaht, dort grobzackig und klaffend, geht erst dicht vor der Lambdanaht in stark verästelte 1 Centim. lange Zacken über. Die Occipitalschuppe biegt, wie im vorigen Falle in der Gegend der Protuberantia occip., die hier durch einen rauhen Fleck mit einem Höckerchen in der Mitte kenntlich wird, unvermittelt in die horizontale Richtung um. Eine fingerbreite tiefe Einziehung zieht sich unterhalb der Umbiegungsstelle quer über die ganze Schuppe, ist jedoch in der Mitte am stärksten. Zwischen dieser Einziehung und dem Hinterhauptsloche verläuft zwischen zwei tiefen Gruben die leistenartige, aber kurze (2,7 Centim. lange) crista occipitalis externa. Die seitlicheren Parthieen, zwischen der deutlichen linea semicircularis media und dem Hinterhauptsloche sind flach und ein wenig deprimirt. Die processus condyloidei sind gut entwickelt. Die Gelenkflächen stark von hinten nach vorn gewölbt.

Die vorderen Schädelhöhlen sind breit, die mittleren flach, die hinteren flach aber ziemlich lang. Der Clivus ist ziemlich steil und besonders in der Gegénd der ehemaligen Basilarfuge rauh und höckerig.

Aus der Literatur der Kraniologie ist mir nur ein Schädel bekannt, welcher sich den beiden eben beschriebenen anschliesst, der durch die Dissertation von Joseph Schade*) zuerst bekannt gewordene Schädel des Pommerschen Webers.**) Die Mittheilungen Schade's,

*) De singulari Cranii cujusdam deformitate. Diss. inaug. Gryph. 1858.
**) Bernard Davis. On synostosis cranii etc. Haarlem 1865.

noch mehr aber die vortreffliehen durch Herrn Otto Peters in Göttingen in natürlicher Grösse angefertigten Abbildungen dieses Schädels in der Schrift von Davis über Schädelsynostosen unter den menschlichen Urrassen lassen über den progenäen Typus desselben keinen Zweifel bestehen. Die starke Vorwölbung der Stirngegend, der weit übergreifende Unterkiefer verleihen im Verein mit dem zurücktretenden schwach entwickelten Gesichtsskelett demselben in der Profilansicht die characteristische Mondviertelphysiognomie. Die in der Basisansicht stark leistenartig vortretende crista occipitalis externa, die Gruben neben derselben, lassen auf ein tüchtiges ligamentum nuchae schliessen. Das rauhe, höchst unregelmässige Aussehen des horizontalen Theiles der Hinterhauptschuppe, die furchenartige Einziehung über demselben, die Schmalheit der Gaumenparthieen, die Stellung des Alveolarrandes und der processus pterygoidei erinnert, soweit sich derartige Verhältnisse aus Abbildungen überhaupt beurtheilen lassen, genau genug an die analoge Beschaffenheit der beiden von uns beschriebenen Schädel. Seine durchaus characteristische progenäe Form muss dieser Schädel denselben determinirenden Einwirkungen verdanken, wie diese und die übrigen progenäen Köpfe. Die übrigens bei einem Schädel von diesem Umfange nicht gerade ausserordentliche Länge,*) seine von der progenäen Form abweichende Schmalheit, setzt noch anderweitige pathologische Vorgänge voraus. Diese möchten indess schwerlich in ausgedehnten oder gar allgemeinen Nahtsuturen zu suchen sein, wie dies sowohl Schade als Davis voraussetzen; wäre doch die Grösse des Kopfes unter der Voraussetzung solcher allgemeinen in die Wachsthumsperiode fallenden Synostosen, eine geradezu unerklärliche Thatsache. Weder Schade noch Davis haben den Nachweis, dass die Verwachsung aller Nähte des Schädels und Gesichts in die Zeit der Kindheit falle, geführt und auch nicht zu führen versucht. Die aus der Abbildung ersichtliche grosse Ungleichheit der Richtung der Grösse und Form der Gelenkflächen macht es mehr als wahrscheinlich, dass der Besitzer dieses Schädels an einer Rückgratsverkrümmung gelitten und den Kopf schief nach der linken Schulter gebeugt gehalten habe. Im Zusammenhange mit dieser Haltung steht die asymmetrische, auf der tiefer stehenden Seite zurückgebliebene Entwickelung des Schädels. Auf die grössere Länge und Schmalheit skoliotischer Schädel

---

*) Er erreicht bei einem Horizontalumfange von 75 Centim. die Länge von 19,6 Centim., während Welcker's Tabellen (l. c. p. 130) Längsdurchmesser von 19,8 und 19,9 bei Umfängen von 56,9 und 58,1 anführen.

hat Stern*) vor mehr als drei Decennien aufmerksam gemacht, besonders aber die diesen eigenthümliche Form des Hinterhauptes in einer Beschreibung hervorgehoben, welche in allen Einzelheiten auf den Schädel des Pommerschen Webers passt. Während es nämlich in der Regel einen grossen oder selbst den grössten Theil der hinteren Wand des Schädels einnimmt, bevor es sich nach der Basis desselben wendet, nimmt es bei diesem Schädel nur einen geringen Antheil an der Bildung der hinteren Schädelwand, der zweite, tieferliegende Theil dieses Knochens krümmt sich so, dass er mehr der unteren als der hinteren Schädelwand angehört, bis endlich der dritte, aber noch immer zur pars occipitalis (squama) ossis occipitis gehörende Theil dieses Knochens eine so eigenthümliche Convexität einnimmt, dass der tiefste Theil des Schädels nicht wie gewöhnlich vom Hinterhauptsloch, sondern von diesem, hinter dem Hinterhauptsloche liegenden Theile eingenommen wird.**)

14. Beobachtung. Der als No. 68 in der Sammlung bezeichnete Schädel gehörte nach den äusserst spärlichen Notizen einem sehr niedrig stehenden Idioten, Franz Wittenberg aus Schladen an. In der Familie herrschte eine enorme Disposition zu Geisteskrankheiten; Mutter, Bruder und Schwester werden als wahnsinnig angegeben. Der Todestag ist nicht angegeben, doch wurde er zwischen 40 und 50 Jahr alt. In Bezug auf den Sectionsbefund findet sich die Notiz, dass er hydrocephalisch gewesen sei. Diese Angabe wird durch das zugleich bemerkte, für die Grösse des Schädelraums sehr niedrige Gehirngewicht von 940 Grammen, so wie durch die Form des Schädels unterstützt.

Die Alveolarränder des letzten linken Backzahns und des letzten rechten Backzahns im Oberkiefer, so wie des letzten und vorletzten Backzahns des Unterkiefers derselben Seite sind resorbirt; die Zahnkronen der noch vorhandenen fünf Backzähne (die übrigen Zähne scheinen aus den Alveolen gefallen zu sein) zeigen Grübchen, drei mässige Caries. Alle Nähte sind offen, bis auf die hintere Hälfte der Sagittalnaht und, in geringerer Ausdehnung, die untere linke Coronalnaht. Die Lambdanaht ist grobzackig und klafft in ihren unteren Parthieen. Auch die Coronalnaht ist auf beiden Seiten in einer Er-

*) Anatomisch-physiologische Bemerkungen über Rückgratsverkrümmungen von Dr. M. Stern. Müller's Archiv 1834.

**) l. eod. p. 246.

streckung von 3 Centimetern sehr breit und mit osteophytartigen Wucherungen ausgefüllt. Die Knochen sind mässig schwer und compact, nicht dick, auf der Oberfläche ziemlich glatt. Nur auf der hintern Hälfte der Scheitelbeine zeigt sich in der leicht höckerigen Beschaffenheit die beginnende senile Atrophie. Der Gesichtsschädel erscheint breit und massiv, Oberkiefer und Jochbeine kräftig entwickeit, ebenso der Unterkiefer. Der Ast desselben ist sehr breit, der Unterkieferwinkel erscheint ungewöhnlich steil. Die Gelenkflächen der processus condyloidei sind ausserordentlich (2,9 Centim.) lang und erstrecken sich in flacher, kaum seitlich geneigter Krümmung von vorn nach hinten. Die crista occipitalis externa läuft in ihrem unteren und mittleren Theil in eine dünne, wohl 1 Centim. vorspringende Leiste aus, welche an beiden Seiten von Furchen begrenzt wird. Der Oberkiefer und die processus pterygoidei stehen ziemlich senkrecht zur Basis (orthognat). An der inneren Schädelwölbung finden sich deutliche impressiones digitatae, an der Basis überall deutliche, zum Theil klaffende Nähte. Sämmtliche Schädelgruben erscheinen ziemlich flach. Die Gegend der Basilarfuge ist mit einem ziemlich starken, festem Knochenauswuchse versehen.

II. Tabelle*).

Nummer der Beobachtung und Namen.	Alter.	Horizontalumfang des Schädels.	Horizontalumfang der Stirn.	= 100	nb	nc	cl	lb	Senkrechter Längsumfang nc lb	nb : nc lb = 100	Querumfang Basaler	Querumfang Bogen	= 100	L	Q	H	L : Q = 100	L : H = 100	bx	nx	zz	mm	gg	nk	aa	Länge des Unterkieferastes.	Unterkieferwinkel.	bk	ak
12. von Sprekelsen.	15	49	16	32,6	9	12,3	14	12,7	39	433	10,45	29	27,7	17	14,6	11,5	86	67,6	8,3	4,5	9	9,5	8,4	10,9	6,8	8,5	135°	10,1	8,1
13. 288.	20	49	16	32,6	8,9	13	12	13,5	38,5	433	11,4	28,5	25,0	17,2	14,7	12,2	85,4	70	8,3	5	9,8	9,5	8,4	11	7,0	4,8	130°	10,2	8,1
Pommerscher Weber.	38	57,0	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19,6	—	12	—	61,2	7,6	4	—	—	—	10,4	—	—	—	—	—
14. Wittenberg.	40 50	52,5	18	34,2	9,9	12	12	16,5	40,5	409	13,4	30	22,3	17,8	14,9	14,8	83,7	83,1	9,2	5,5	10,5	10,8	9,4	11,4	11,6	7,3	112°	10,7	8,9
Normaler Männerschädel.	—	52,1	16,4	31,5	10,0	12,9	12,6	15,1	40,6	404	12,8	31,8	24,5	18	14,5	13,3	80	74	9,4	5,8	9,9	10,8	9,4	11	9,8	6,3	119°	11	8,5

*) Wie ich mich durchaus in dieser Arbeit des Welcker'schen Messungsverfahrens schon desshalb bediente, um die von ihm ermittelten Grössenverhältnisse normaler Schädel ohne Weiteres zum Vergleich benützen zu können, so stimmen die angenommenen Bezeichnungen der Schädel- und Gesichtsmasse in Zeichen wie Bedeutung genau mit den von jenem Autor gebrauchten Massen überein (l. c. pag. 23 und kraniolog. Mittheilungen, pag. 102), mit der einen, schon einmal erwähnten Ausnahme, dass der Breitendurchmesser des Schädels an der breitesten Stelle desselben gemessen ist. Diese Abweichung ist indess hier kein Hinderniss des Vergleiches, da die grösste Breite der progenäen Schädel in die Schläfenbreite fällt. Um dem Leser das Nachschlagen zu ersparen, bemerke ich, dass n Nasenwurzel, c die Vereinigung von Coronal- und Sagittalnaht, l die der letzteren und der Lambdanaht, b den vorderen Rand des Hinterhauptsloches, x die Basis der spina nasalis anterior, z das untere Ende des Jochfortsatzes des Stirnbeins, m die Spitze des process. mastoideus, g Grenze des Jochbeins und Oberkiefers am unteren Rande des Jochbeins, k die Spitze des Kinnes, a Spitze des Unterkieferwinkels bezeichnet. Die basale Linie des Querumfanges verläuft zwischen den beiden oberen Rändern der Ohröffnungen.

Bei einem Vergleich der Tabellen I und II tritt sofort eine auffallende Uebereinstimmung sowohl in der allgemeinen Conformation der progenäen Schädel (12, 13) und Köpfe (1—11), welche in dem hohen Breitenindex (86, 85, 4) ihren Ausdruck findet, als in den besonderen Beziehungen des eigentlichen Kopfes zum Gesichte hervor. Was bei den Lebenden aus diesem Verhalten erschlossen werden konnte, Kleinheit der Schädelbasis bei überwiegender Entwickelung des Schädelgewölbes ergiebt sich aus einer vergleichenden Zusammenstellung der bezüglichen Schädelmasse der II. Tabelle zur Evidenz. Das Schädelgewölbe der zwölften Beobachtung, der als nicht frontaler Schädel zum Vergleiche geeigneter erscheint, übertrifft in seiner Längenentwickelung das normale um fast 8, in seiner Querentwickelung um 15 Procent. Denn beim normalen Schädel verhält sich nb : nc lb = 100 : 404, beim progenäen Schädel = 100 : 433, der basale Querumfang zum entsprechenden Bogen, beim normalen = 100 : 245, beim progenäen Schädel = 100 : 277. Die für die Beurtheilung der Breitenentwickelung der Basis so wichtige Entfernung zwischen den processus mastoidei beider Seiten (Linie mm) beträgt 9,5 Centim. bei beiden progenäen, gegen 10,8 Centim. beim normalen, ist also ganz unverhältnissmässig um 1,3 Centm. in ersteren zurückgeblieben. Die Grösse des Gesichtes, lässt sich in seiner verticalen und Tiefenerstreckung am anschaulichsten durch ein Dreieck, das sogenannte Gesichtsdreieck, darstellen, dessen Winkel an der Nasenwurzel, der spina nasalis anterior und der Mitte des vorderen Randes des Hinterhauptloches liegen und dessen Seiten von den Linien nb (Schädelbasislinie), bx (Gesichtsbasislinie) und nx (Gesichtslänge) gebildet werden. Eine tabellarische Zusammenstellung der Masse dieser Linien und der die Breite des Gesichts ausdrückenden Linie gg bei den progenäen Schädeln mit den beim normalen ermittelten lässt leicht übersehen, wie bedeutend das Gesichtsskelett der progenäen Schädel in seiner Entwickelung zurückgeblieben ist. Diese Verhältnisse werden noch deutlicher durch die Ineinanderzeichnung des normalen und eines progenäen Gesichtsdreiecks *).

*) Das der Beobachtung No. 12 entsprechende Gesichtsdreieck ist schraffirt gehalten.

III. Tabelle.

Bezeichnung der Schädel.	nb	bx	nx	gg
Nro. 12. v. Sprekelsen.	9	8,3	4,5	8,4
Nro. 13. 288.	8,9	8,3	5	8,4
Normaler Schädel.	10	9,4	5,8	9,4

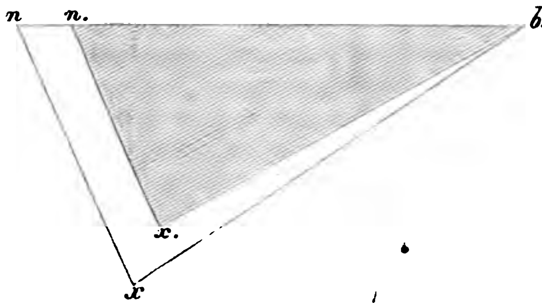


Fig. 1.

Dieses Missverhältniss zwischen Gesichts- und Kopfschädel erreicht aber wahrhaft abenteuerliche Dimension an dem Schädel des Pommerschen Webers, dessen Gesichtsdreieck, wenigstens in den beiden von Schade gemessenen Linien nx und bx, von dem eines zehnjährigen Knaben übertroffen wird*). Ziehen wir ausser diesen Eigenthümlichkeiten noch die verhältnissmässige Entwickelung des Stirnumfanges in Betracht, so vereinigen die progenäen Schädel fast alle den Kinderschädeln zukommenden Eigenschaften; denn Kleinheit der Schädelbasis bei äusserst vorangeschrittener Entwickelung des Schädelgewölbes, namentlich in der Stirnbreite, ist eben der Charakter des Kinderschädels**). Dieser kindliche Charakter der Kopfformation wird auch in frappantester Weise zur physiognomischen Geltung gebracht, sobald nur die Ernährung mit ihm in nicht zu grossem

*) Welcker's kraniol. Mittheilungen, pag. 105.
**) Welcker's Bau und Wachsthum etc. pag. 72.

Widerspruche steht. Wie aber an diesen Köpfen der Unterkiefer in seiner Form sofort als durchaus charakteristisch hervortrat, so zeigt sich wiederum der Charakter des ganzen Schädels am schärfsten in den Massverhältnissen des Unterkiefers wiedergegeben. Der Unterkiefer des Kindes zeichnet sich bekanntlich durch Kürze des Astes und durch Stumpfheit des Unterkieferwinkels aus. Mit der Entwickelung der Zähne richtet sich der Ast auf und wird zugleich länger, indem er von 2,1 Centim. beim Neugebornen auf 6,3 Centim., das Mass des Erwachsenen, steigt, der Unterkieferwinkel aber in gleicher Zeit von 133° auf 119° reduzirt wird. Die Astlängen der beiden progenäen Schädel entsprechen etwa denen eines fünf- und zehnjährigen Kindes, während der Unterkieferwinkel des einen an Grösse dem eines Neugebornen, der des zweiten dem des mittleren Kindesalters gleichkommt.

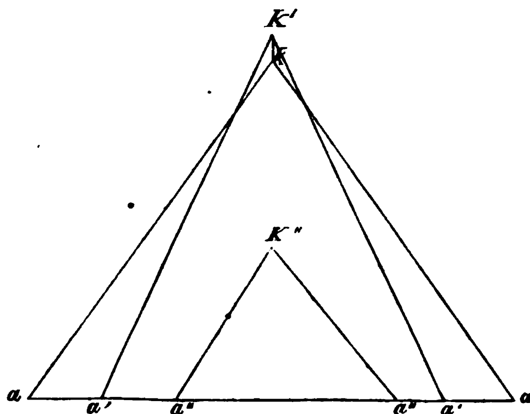


Fig. 2.

Dagegen unterscheidet sich der eigentliche Unterkiefer in sehr wesentlichen Beziehungen sowohl von dem des Kindes, als dem des erwachsenen Mannes; er besitzt ganz und gar eine Form für sich, vermöge welcher die Berechtigung des von uns gewählten Namens erst ihre volle Begründung erhält. Während nämlich die Entfernung zwischen beiden Unterkieferwinkeln aa (Unterkieferbreite) bei Erwachsenen wie Neugebornen fast das gleiche Verhältniss zur Unterkieferlänge (ak) darbietet, befindet sich der Unterkiefer der progenäen Schädel in Bezug auf diese beiden Linien in dem Verhältniss, dass zwar die Unterkieferlänge (ak) ihre, im Verhältniss zu den kleinen Schädeln völlig normale Grösse erreicht hat, dass aber die Unter-

kieferwinkel sich nicht weiter von einander entfernt haben wie bei einem 5—8jährigen Knaben. Es leuchtet ein, wie durch diese Verkürzung der Linie aa, der Basis des durch sie und die beiden Unterkieferlängen (ak) dargestellten gleichschenkligen Dreieckes, der durch die beiden Schenkel am Kinn gebildete Winkel sich sowohl zuspitzen, als bei nicht entsprechender Verkürzung dieser Schenkel vorschieben muss, wie also das Uebergreifen der Unterkiefer- über die Oberkiefer - Schneidezähne der Hauptsache nach durch diese Verhältnisse bedingt werden muss. Das Vorragen der Kinngegend an den progenäen Schädeln ergibt sich übrigens auch aus dem verhältnissmässig bedeutenden Uebergewicht ihrer Entfernung vom Hinterhauptloche (bk) über den Abstand der Nasenstachel von letztem (bx). In nachfolgender Tabelle sind die Masse der für dieses Verhältniss wichtigen Linien von Neugebornen, Erwachsenen und dem progenäen Schädel Nro. 12 übersichtlich neben einander gestellt. Zur besseren Veranschaulichung des Vorschiebens der Kinngegend im progenäen Schädel sind in Fig. 2 nach den ermittelten Massen der Linien ak und aa gleichschenklige Dreiecke in der Weise construirt, dass die Kinnspitzen des Erwachsenen (k), Progenäen (k') und Neugebornen (k'') in eine Linie fallen, welche senkrecht auf die Mitte der drei Grundlinien (aa, a'a', a''a'') steht.

IV. Tabelle.

Schädel des	aa	ak	bk	bx
Progenäen Nro. 12.	6,8	8,1	10,1	8,3
Erwachsenen	9,8	8,5	11	9,4
Neugebornen	4,8	4	5,6	5,5

Es hält nicht schwer, aus den erörterten Formverhältnissen des Unterkiefers jene Gestaltung der Wangen- und Unterlippengegend abzuleiten, welche wir im Anfange dieser Arbeit als charakteristisch für progenäe Kopfbildung zu schildern versuchten. Während die Seiten des Unterkiefers des normalen erwachsenen Mannes den Oberkiefer, besonders in der Unterkiefergegend, überragen (aa = 9,8; gg = 9,4) und so der Wange eine Stütze bieten, hängen die zwischen Ober- und Unterkiefer befindlichen Weichtheile des Gesichtes von dem schmalen Oberkiefer des progenäen Kopfes vor dem noch weit schmaleren Unterkiefer (aa = 6,8; gg = 8,4) vorhangsartig schlaff herab. Noch haltloser

gestaltet sich die Form der Unterlippe, welche unbedeckt von der zurücktretenden Oberlippe auf di eines energischen Vorsprunges entbehrende, glatte und spitze Kinngegend herabsinkt und vorn überklappt. Wer sich bei dieser physiognomischen Skizze der bekannten Kopfform der älteren (spanischen) habsburgischen Linie erinnern sollte, für den will ich nicht unerwähnt lassen, dass der letzte König dieser Linie, der seit der Geburt schwachsinnige Carl II., nach den unverwerflichen Zeugnissen einer Diplomatie, welche dem Aussehen dieses Königs um so grössere Aufmerksamkeit schenkte, als ihre Höfe mit Spannung seines Endes harrten, einen weit vorstehenden Unterkiefer besass*).

Der Unterkiefer der progenäen Schädel besitzt also, obwohl er im Wesentlichen seiner Form nach den Charakter des Kindesalters bewahrt hat, vermöge der erörterten ungleichmässigen Entwickelung einen besonderen Typus, dessen Character eben in jener Disharmonie in den Grössenverhältnissen sowohl seiner einzelnen Theile als des ganzen Unterkiefers zum Oberkiefer besteht. Wenn wir zu diesen bestimmten Resultaten gelangten, indem wir den, in den mehr allgemeinen Formverhältnissen des Schädels ersichtlichen Habitus der gesammten Entwickelung, zuerst an den schärferen Linien des Unterkiefers einer genaueren Prüfung unterwarfen, so können wir jetzt, an der Hand dieser Resultate, den Versuch nicht unterlassen, den an dem einzelnen Theile erkannten Typus, in den Verhältnissen des Ganzen, des Schädels überhaupt, aufzusuchen.

Die überwiegende Entwicklung der Schädelkapsel gab der Form der progenäen Schädel den Character des Kindesalters. Verfolgt man aber diese Entwicklung in den Grössenverhältnissen bestimmter Dimensionen, so treten Widersprüche hervor, welche den progenäen Schädel ebensosehr von dem Schädel des Neugeborenen wie des Erwachsenen entfernen. Die Schädelwölbung der Neugeborenen ist, entsprechend der stark dolichocephalen Form seines Schädels, auch vorzugsweise in der Richtung des Längsdurchmessers entwickelt, während der hochgradigen Brachycephalie des progenäen Schädel auch eine überwiegende Breitenentwicklung der Schädelkapsel entspricht. Aber diese Hemmung in der Längsentwicklung des Schädels ist eine höchst ungleichmässige in Bezug auf die einzelnen Schädelabschnitte. Stirn-

*) Der englische Gesandte am Madrider Hofe Stanhope schrieb 1696: his nether jaw stands so much out, that his two rows of teeth cannot meet. S. Buckle, history of civilisat. Vol. IV. p. 41.

und Scheitelbein sind nämlich fast über die Grenze des normalen Wachsthums hinausgelangt, so dass die ganze Verkürzung auf Rechnung des zurückgebliebenen Hinterhauptbeines kommt. Diese unverhältnissmässig starke Verkümmerung der hinteren Schädelparthieen erstreckt sich auch auf die Basis (mm), deren hintere Breitenmasse sehr klein ausfallen, während das vordere (zz) sich den normalen Verhältnissen nähert. Da diese Verkürzung des Hinterhauptes nun durch die Längsentwicklung des Vorder- und Mittelhauptes nahezu ausgeglichen erscheint, so ist die aussergewöhnliche Schädelbreite nur durch eine entsprechende Verringerung des Schädelraums in der Richtung der Schädelhöhle zu erklären. Die progenäen Schädel sind in der That ausserordentlich flach, wie schon die äussere Beschauung ergab. Die nachfolgende Tabelle gestattet eine leichte Uebersicht über die, den voraufgegangenen Betrachtungen zu Grunde liegenden Thatsachen.

V. Tabelle.

Schädel	nb : nclb = 100	Querumfang. Basale Linie zur oberen Bogen-Linie des Querumfanges = 100	nc.	cl.	lb.	nclb : lb = 100	mm.	zz.	L.	Q.	H.	L : Q = 100	L : H = 100
Progenäer . .	433	277	12,3	14	12,7	32	9,5	9	17	14,6	11,5	86	67,6
Erwachsener Mann	405	245	12,9	12,6	15,1	37	10,8	9,9	18	14,5	13,3	80	74
Neugeborener . .	465	305	7,7	9	9,8	36	5,8	6,2	11,6	8,7	8,1	75	69,8

In unmittelbarem Zusammenhange mit der unverhältnissmässigen Entwicklung des Vorder- und Mittelhauptes, und dem Zurückbleiben des Hinterhauptes, steht der Befund eines ungewöhnlich starken Ligamentum nuchae der 10 ersten Beobachtungen. Sein fast ausnahmsloses Zusammentreffen mit der progenäen Kopfbildung an Lebenden gestattet schon die Annahme, dass auch die ehemaligen Besitzer der Schädel der 12. und 13. Beobachtung sich eines gleich wirksamen Hülfsmittels der aufrechten Kopfhaltung erfreuten. Diese Voraus-

setzung wird wesentlich durch die ungewöhnlich starke Entwicklung jener Parthieen des Occiput, nämlich die leistenartige Beschaffenheit der linea occipitalis externa und die tiefen sie begrenzenden Gruben, unterstützt, an welchen das Nackenband mit seinem oberen Ende festsitzt. Bekanntlich wird, unter normalen Verhältnissen, die verticale Stellung des menschlichen Kopfes durch die fast vollständige Gleichgewichtslage ermöglicht, in welcher er vermittelst der Condylen auf den Gelenkflächen des Atlas ruht. Diese Gleichgewichtslage wird bei den meisten Säugethieren schon durch die gewöhnliche Stellung auf vier Füssen gestört und es muss daher der Kopf durch Muskeln und Bänder, vor Allem aber durch das Ligamentum nuchae in seiner Lage gehalten werden. Je mehr der Kopf, durch sein eigenes grosses Gewicht oder Länge des Halses, in Gefahr gerathen würde, herabzusinken, desto stärker ist jenes Ligament entwickelt, wie beim Pferde, der Giraffe u. dgl. m. dem Hirsche, dem Elephanten, bei welchem sich für dasselbe eine Vertiefung am Hinterhaupte befindet*). Dieses Ligamentum nuchae findet sich beim Menschen so schwach entwickelt**), seine Präparation ist so schwierig, dass die gewöhnlichen anatomischen Compendien seiner kaum erwähnen. Henle beschreibt es als eine einfache dreiseitige Membran, welche mit ihrem oberen Rande an der medianen Nackenlinie des Hinterhaupts festsizt, mit dem vorderen Rande an allen Halswirbeln, aus der Furche zwischen den beiden Spitzen, in welche die Wirbeldornen des Halses getheilt sind, an den unteren Halswirbeln, auch von den Spitzen selbst, am Atlas vom Tuberculum posterius Atlantis entspringt und sich in ihrem hinteren Rande von der Spitze des siebenten Halswirbels zur Protuberantia occipitalis externa ausdehnt***). Diese Beschreibung ist hier deshalb fast wortgetreu mitgetheilt, weil ich einer nicht unerheblichen Abweichung erwähnen muss, welche das stärker entwickelte Ligament der progenäen Köpfe in fast allen Fällen, dem Gefühl, wie Gesicht, gleich deutlich, beobachten liess. Es spaltet sich nämlich etwa in der Höhe des dritten Halswirbels in zwei Blätter, die nur nach oben auseinandertretend, einen dreieckigen Raum einschliessen, in welchen man ohne Schwierigkeit mit dem Finger eindringen kann und der nach oben von der Crista occip. ext. begrenzt wird, neben wel-

*) Cuvier, Leçons d'anatomie comparée, recueillies et publiées par Duméril. II. éd. Tom. I. Paris 1835. p. 332.

**) Cuvier. l. c. p. 330 en vestige.

***) Handbuch der systemat. Anatomie. Bänderlehre p. 37.

cher sie sich seitlich mit ihrem oberen Rande inseriren. Die Gruben und Furchen neben den stark vortretenden medianen Leisten der 12., 13. und 14. Beobachtung entsprechen, aller Wahrscheinlichkeit nach, diesen Insertionen. Die 14. Beobachtung zeigt neben einer messerklingenartig vorspringenden Leiste, die tiefsten Insertionsfurchen, wie denn die Conformation des sehr schweren Schädels, das steile Hinterhaupt, das sowohl breite als hohe Vorderhaupt, die sehr langen, fast nur Nickbewegungen gestattenden Condylen mit Nothwendigkeit auf ein sehr kräftig entwickeltes Ligamentum nuchae hindeuten. Für den progenäen Kopf der 11. Beobachtung machte das schmale und niedrige Vorderhaupt eine solche Hülfe weniger nothwendig, auch bildete das gewölbte Hinterhaupt ein stärkeres Gegengewicht. Diese beiden Fälle liefern, sich ergänzend, den Beweis, wie die, bei der progenäen Kopfform allerdings sehr häufige Entwicklung eines starken Ligamentum nuchae wesentlich von dem Grade der Gleichgewichtsstörung abhängt, die ein Schädel in Folge durchaus verschiedener pathologischer Vorgänge erleiden kann.

Indem wir uns schliesslich der Erforschung der die progenäe Schädelform bedingenden, pathologischen Vorgänge zuwenden, ist es zuerst die besondere Art der Deformität, welche unsere vollste Beachtung verdient. Im Allgemeinen stellt sich die Formveränderung als eine solche dar, wie sie die Schädelkapsel in Folge eines auf sie durch den Schädelinhalt ausgeübten gesteigerten Druckes zu erleiden pflegt. Aber die mässige Grösse der Schädel weist zuerst darauf hin, dass die ganze Summe des ausgeübten Druckes wesentlich dem vom wachsenden Gehirn ausgeübten entsprach; denn es schliesst schon die auf bestimmte einzelne Richtungen beschränkte Erweiterung des Schädelraums pathologische Processe aus, welche durch Vermehrung des Schädelinhaltes einen gesteigerten Druck auf die Schädelwandungen ausüben. Sehr lehrreich ist in dieser Beziehung ein Vergleich des progenäen Schädels mit hydrocephalischen Schädeln. Der hydrocephalische Erguss strebt, vermöge seines nach allen Richtungen hin gleichmässig wirkenden Druckes, den Schädelraum kugelförmig zu gestalten. Je mächtiger der Erguss ist, je schneller er gesetzt wird, je mehr also der Druck im Verhältniss zu dem Wiederstande der Schädelwandungen wächst, um so leichter wird auch

die Verschiedenheit dieses Widerstandes nach den verschiedenen Richtungen ausgeglichen, und sich der Schädel in seiner Form einer Kugel nähern. Dieses Bestreben wird bei starker Hydrocephalie des ersten Lebensjahres dadurch gefördert, dass die offenen Fontanellen den Widerstand in der Richtung des Höhendurchmessers mindern. Der Schädel eines 2½ Jahr alt gewordenen Hydrocephalen zeigte bei einem Horizontalumfange von 65 cm., eine Länge von 20,4 cm., eine Breite von 23 cm. und eine Höhe von 20,25 cm. Bei mässigen hydrocephalischen Ergüssen gelangt die Differenz des Widerstandes nach den verschiedenen Richtungen zu deutlicher Geltung, aber stets bleibt die erwähnte ausgleichende Tendenz in der Form des hydrocephalischen Schädels unverkennbar; letzterer ist nicht nur breit, sondern auch hoch. Der mässige Hydrocephalus der 14. Beobachtung zeigt einen fast gleichen Breiten- und Höhen-Durchmesser, 14,9 und 14,8 und daher einen fast gleichen, bedeutenden Breiten- und Höhenindex 83,7 und 83,1*).

Die absolut wie relativ zu geringe Höhe des progenäen Schädels bei fast normaler Länge und enormer Breite, der Breitenindex von 86 und der Höhenindex von 67,6 desselben, lassen sich nur durch einen in beschränkter Richtung wirkenden gesteigerten Druck erklären. Die flache, seitlich und vorn ausgebauchte, hinten abgeflachte Form des progenäen Schädels macht es wahrscheinlich, dass dieser Druck von hinten und oben ausgeübt sei, und dass man den Ausgang desselben im Hinterhaupte zu suchen habe. Auf die zurückgebliebene Entwicklung des Hinterhauptbeines haben wir bereits oben verwiesen, aber unsere Ansicht gewinnt eine noch festere Stütze durch die Abweichungen, welche die Hinterhauptsschuppe beider progenäen Schädel nachweisen liess. Beide zeigen jene scharfe Umbiegung des oberen in den unteren Theil der Schuppe, jene flache Stellung des letzteren, wie er für den Schädel Neugeborner characteristisch ist. Dieser untere Theil hat in beiden Fällen die bedeutensten Veränderungen er-

---

*) Die Ansicht Virchows, dass der hydrocephalische Druck ein Hinderniss für die Entwickelung der Schädelbasis abgebe (Entwickelung des Schädelgrundes p. 98), kann ich nach den von mir an fünf hydrocephalischen Schädeln angestellten Messungen nicht bestätigen. In einem Falle fand sich die Basis nach allen Richtungen bedeutend vergrössert, in den übrigen Fällen eine mässige Vergrösserung in einzelnen Richtungen, in keinem bedeutendes Zurückbleiben. Das relative Zurückbleiben der Basis hydrocephalischer Schädel bedarf wohl keiner Erklärung.

litten. Er ist in seinem mittleren Theile nicht nur abgeflacht, sondern, und zwar in der 12. Beobachtung sehr bedeutend, eingedrückt, mit Höckern und Rauhigkeiten bedeckt. Diese horizontale Partie erscheint ausserdem, am meisten von der Entwicklungshemmung der ganzen Schuppe vorzugsweise wenn nicht ausschliesslich betroffen zu sein, denn ihr Längsdurchmesser (crista occipitalis externa) gleicht in dem einen Falle völlig dem derselben Schädelpartie eines Neugeborenen, in dem andern Falle übertrifft sie diesen nur wenig. Die Abflachung der protuberantia occip., die keilartige Eintreibung der oberen Schuppe zwischen die Scheitelbeine weisen auf dasselbe mechanische Moment hin, als dessen nächste Folge die glatten und grobzackigen Nahtränder der sutura lambd., die Vertiefung der hintern Scheitelbeingegend aufzufassen wären. Diese Vertiefung der hintern Scheitelbeingegend zeigte sich auch an allen Köpfen der zehn ersten Beobachtungen. In der Hälfte der Fälle (1, 5, 7, 8, 10) fühlte man deutlich die squama unter die Ränder der Scheitelbeine eingekeilt und diese durch eine breite Sagittalnaht getrennt. Der Kranke Wöltje (Beoachtung 1) hatte überdies in der Gegend des Occiput eine tiefe, quer über die ganze Schuppe verlaufende Einziehung. Bei der Beschaffenheit dieser Veränderungen und der bekannten Rolle, welche dem Hinterhaupte bei den meisten Geburten zufällt, lag es nahe, den Beginn dieser Veränderungen in Geburtsvorgängen zu suchen, welche das Occiput einem zu starken Drucke aussetzen. Es gelang mir demnächst, an zwei Schädeln Neugeborner, welche sich in der Sammlung des Entbindungsinstituts unserer Universität befinden, Veränderungen aufzufinden, welche sich ohne Zwang in dieser Richtung verwerthen liessen. Beide Schädel ausgetragener männlicher Erstgeburten, waren in der ersten Schädelstellung zur Geburt gekommen, aber während derselben gestorben. Der eine musste mit der Zange entwickelt werden. Das ebenfalls der Sammlung angehörige Becken der Mutter, von sonst normaler Weite und Form, zeigt scharfe Leisten am Schambeinkamme und einspringende spinae ischii. Bei dem anderen war der Arm vorgefallen, der nicht reponirt werden konnte. In beiden Fällen ist der obere Theil der squama abgeflacht und, in ziemlich steiler Stellung und bedeutender Erstreckung, unter die Scheitelbeine getrieben. Der untere horizontale Theil der eigentlichen squama erscheint eingedrückt, ist unter die partes condyloideae geschoben, in dem einen Falle 2—3 Centim. weit. Am zweiten Schädel verläuft eine, unterhalb der Protub. occip. am tiefsten erscheinende Einziehung, quer über die ganze Schuppe. Die Basis ist so stark nach unten und aussen

zusammengedrückt, dass die äussere Ohröffnung fast horizontal nach unten gerichtet liegt. Die Schädel sind etwas flacher und breiter als die anderer Neugebornen, die squama occipitis erheblich kürzer (7 und 8 Centim. gegen 9,8 Centim.)

Es ist begreiflich, wie das Zurückbleiben der unteren Schuppe, deren schnelles Wachsthum in den ersten Lebensjahren verhältnissmässig am meisten zur Vergrösserung des Schädels beiträgt,*) das wachsende Gehirn nöthigt nach anderen Richtungen hin Compensation zu suchen. Diese Tendenz wird aber durch die steile Stellung des oberen Schuppentheils noch gefördert, während seine Einkeilung zwischen beide Scheitelbeine auf die Höhenentwickelung des Schädels hemmend einwirkt, da sie jenen nicht gestattet, sich nach jener Richtung frei zu entwickeln und sie gleichsam niederhält. Das wachsende Gehirn wird daher die Schädelkapsel vorne und seitwärts mit seinem ganzen Drucke auszudehnen suchen. Die Schädelbasis, hinten von den partes condyloideae eingeengt, vorne und seitwärts von der Schädelkapsel überwuchert, wird nicht allein in ihrer Gesammtentwickelung gehemmt sein', sondern auch durch die Richtung des Druckes die Neigung erhalten, sich vorn und seitwärts nach unten zu biegen. Daher Abflachung und Verschmälerung der mittleren und hinteren Schädelhöhlen, die Felsenbeine zeigen die hintere Fläche nach oben und die obere Kante nach vorne und etwas nach aussen gedreht, die Oberkiefer werden sowohl kurz als schmal und gerathen in eine mehr orthognathe und selbst opistognathe Stellung. Diese Veränderungen müssen aber in doppelter Beziehung auf den Unterkiefer wirken. Der bedeutenden Verschmälerung der Basis muss eine Annäherung der Gelenkköpfe beider Seiten folgen, während die veränderte Richtung der Kiefermuskeln hemmend zugleich auf die Zunahme der Entfernung zwischen den unteren Enden der Unterkieferäste, wie auf die Abnahme des Unterkieferwinkels zurückwirkt.

Wir haben versucht, die verschiedenen Abweichungen der progenäen von der normalen Schädelbildung auf ein gemeinsames Princip zurückzuführen und glaubten, ein solches in dem, in der Richtung nach vorn und unten gesteigerten Drucke des wachsenden Gehirnes gefunden zu haben. Wir konnten ferner auf bestimmte, nachweisbare Störungen

---

*) Die pars condyloid. vergrössert sich um mehr als das 5fache ihres Flächeninhaltes, die Schuppe nimmt in ihrem Durchmesser um mehr als 50 Procent zu. (Welcker l. c. p. 82.)

in der Entwickelung des Hinterhauptbeines hinweisen, welche wir als die erste Veranlassung des verbildenden Vorganges betrachteten. Wenn es zu gewagt erscheint, diese Störungen von den Insulten abzuleiten, welche das Hinterhaupt während des Geburtsactes erlitten habe, so dürfen wir wohl auf Mitchel's statistischen Nachweis über das relativ häufige Zusammentreffen von Idiotismus mit Zangengeburten, als eine weitere Stütze unserer Ansicht hinweisen. Wie dem aber auch sei, die Bedeutung der progenäen Schädelbildung für die Pathologie des Gehirns kann schwerlich überschätzt werden. Während es mir nicht gelungen ist, auch nur eine Missbildung der Art unter vielen hundert nicht alienirten Menschen aufzufinden, besitzt die Göttinger Irrenanstalt unter ca. 200 Geisteskranken deren 11, deren Schädelsammlung unter 40 Schädeln deren 2, und liess sich für die überwiegende Mehrzahl dieser 13 Fälle der Nachweis führen, dass die Geisteskrankheit seit der Kindheit bestanden habe.

V.

Ueber Balkenmangel im menschlichen Gehirn.

Von

Dr. Julius Sander,

Assistenzarzt der Nervenklinik im Königl. Charité-Krankenhause
zu Berlin.

Herr Geheimerath Griesinger hatte aus Zürich das Gehirn eines im dortigen Krankenhause verstorbenen cretinistischen Individuums mitgebracht, das in vielen Beziehungen sich äusserst merkwürdig verhält. Da derselbe die Freundlichkeit hatte, es mir zur Beschreibung zu übergeben, so unterzog ich mich dieser Arbeit um so lieber, als der Mangel verwerthbarer teratologischer Beobachtungen für das Gehirn gewiss Jedem aufgefallen sein wird.

Das Gehirn, welches durch mehrere Jahre in Alkohol aufbewahrt worden ist, zeigt zunächst Verunstaltungen, die auf Rechnung der Erhärtung kommen; es ist von oben nach unten zusammengedrückt und ausserdem ist die Basis etwas verzogen. Aber davon abgesehen, fällt sofort in die Augen (Fig. 1), dass das Cerebellum zum grösseren Theile freiliegt, unbedeckt von den Hemisphären (in der Mittellinie beträgt der unbedeckt bleibende Theil des Cerebellum 4 Centim.). Es entsteht hierdurch eine gewisse äusserliche Aehnlichkeit mit microcephalischen Gehirnen, von denen es sich aber sofort durch die nicht unbedeutende Grösse und die zum Theil sogar reich zu nennende (namentlich an den Stirnlappen) Entwickelung der Gyri unterscheidet. Von einer Wägung habe ich Abstand genommen, da das Gewicht durch den Alkohol sehr stark verändert wird.

Die wichtigsten Masse sind folgende:

1) Cerebellum.

Länge des oberen Wurms	4	Centim.
Breite der linken Hemisphäre (vom hinteren Ende des oberen Wurms nach der Peripherie)	5¾	„
Rechts	5¾	„
Höhe der Hemisphäre beiderseits	3¼	„

2) Cerebrum.

Länge der linken Hemisphäre bis zur Spitze des Lobus occipitalis . . . . 16¾ Centim.
Rechts . . . . 16¾ „
Länge der Scissura pallii bis zum Ende des Splenium beiderseits . . . . 11¾ „
Grösste Breite des Stirnlappens rechts 7 Centim., links 7¼ „
„ „ „ Scheitellappens „ 8¾ „ „ 8¾ „
„ „ „ Hinterlappens „ 4½ „ „ 4¾ „

Auf Höhenangaben verzichte ich aus dem angegebenen Grunde.

Länge des Stirnlappens bis zur Fossa Sylvii beiderseits 6½ Centim.
Länge des Schläfenlappens rechts 6, links . . . . . . 7 „
Länge des Hinterlappens beiderseits . . . . 3 „

Der Spalt zwischen den Hinterlappen ist an seiner Spitze 6¼ Centim. breit; von der Spitze des Zwickels bis zum Splenium des Balkens misst man beiderseits 5½ Centim. Dicht hinter dem Splenium stehen die Hemisphären um ¾ Centim. von einander ab.

Ein sehr interessantes Verhalten bieten die Windungen, das auf den beigegebenen Figuren 1 und 2 vollkommen naturgetreu wiedergegeben ist, so dass ich mich in der Beschreibung kurz fassen kann. In Bezug auf die Ausbildung der Windungen ist das Gehirn keineswegs arm zu nennen, namentlich sind, wie schon erwähnt, die Stirnlappen so reich bedacht, dass sie sicher nicht unter dem mittleren Mass zurückbleiben. Die beiden Hemisphären sind ziemlich symmetrisch ausgebildet; die geringen Asymmetrieen (vollkommene Symmetrie scheint in der That beim Menschen und den höheren Affen kaum vorzukommen) ergeben sich aus Fig. 1 von selbst. Die hier gegebenen Masse beziehen sich auf die rechte Hemisphäre.

Der Rolando'sche Spalt (Fig. 1 und 2, I.) liegt an der Scissura pallii 12 Centim. von der Spitze des Stirnlappens, 7 Centim. von der des Hinterlappens ab. Die vordere Centralwindung (a) und die Stirnwindungen (1, 2, 3) sind sehr gut ausgebildet. Die hintere Centralwindung (b) ist sehr schmal, selbst an ihrer breitesten Stelle nicht ganz ½ Centim. breit; normal sieht sie nur da aus, wo sie in den normalen Vorzwickel (c) sich fortsetzt. Der untere Theil des Zwickels (d) und die zweite Occipitalwindung (e) bestehen aus ganz kleinen Windungszügen, die im Maximum $\frac{1}{12}$ Centim. breit sind. Dagegen sind die Spitze des Zwickels, die 3. Occipital- (f) und 3. Parietalwindung (g) wieder gut gebaut. Die 2. Parietalwindung (h) mit den

Wurzeln der 1. und 2. Gyri sphenoidales sind mangelhaft entwickelt. Der Sulcus occipitalis (II.) ist 3 Centim. von der Spitze des Zwickels entfernt. Die Windungen des Lobulus orbitalis und der insula Reilii verhalten sich normal; über die Windungen des Schläfenlappens, die besonders durch den Druck beim Erhärten gelitten haben, ist nichts auszusagen. Der Gyrus fornicatus (Fig. 3 g. forn.) und die übrigen Windungen der medialen Fläche der Hemisphäre weichen in Nichts von der Norm ab.

Behufs weiterer Untersuchung wurden Kleinhirn und Brücke dicht vor letzterer abgeschnitten. Sieht man jetzt von der Basis her auf das Gehirn, so erblickt man nach Wegnahme der mässig grossen Zirbeldrüse das Splenium des Balkens (Fig. 3 Spl.) in Gestalt einer zungenförmigen Lamelle von kaum $\frac{1}{4}$ Centim. Dicke*) mit einer convexen Ausbuchtung nach hinten und einer eben solchen nach oben. Man sieht ferner nach beiden Seiten den hintern Theil der Balkenstrahlung gleichfalls lamellenartig abgehen, so dass die ganze Breite der sichtbaren Balkenstrahlung hier $3\frac{1}{2}$ Centim. beträgt. Hebt man die Crura cerebri (Fig. 3 α) auf, so bekommt man die absteigenden Schenkel des Fornix zu Gesicht, die $1\frac{1}{2}$ Centim. unterhalb der Balkenwulst nach beiden Seiten divergiren und mit ihrer normalen Verdickung längs des Gyrus fornicatus in das absteigende Horn hineinstreichen. —

Beide Hemisphären wurden durch einen die Medianlinie möglichst genau einhaltenden Längsschnitt von einander getrennt (cf. Fig. 3). Alle Theile des Quercommissurensystems zeigen sich hier normal ausgebildet, nur ist das Splenium des Balkens (spl.), das sonst an Dicke gewöhnlich das Knie übertrifft, bedeutend zu schwach. Die grösste Länge des Balkens beträgt $6\frac{1}{2}$ Centim., die Dicke des Kniees $\frac{5}{6}$ Centim.,

---

*) Ich entnehme dem bekannten Werk von Huschke: Schädel, Gehirn und Seele, Jena 1854, p. 107—110, einige Angaben über die normalen Maasse des Balkens:

Länge nach J. Fr. Meckel und Krause ($^2/_5$ der Länge der Hemisphäre) $7^3/_4$ Centim.

nach Burdach . . . . $5^3/_4$—$9^1/_8$ „

nach Arnold . . . . $6^3/_4$—$7^3/_4$ „

Maximalzahlen nach Huschke beim Weibe 94 Millim., beim Manne 106 Millim.

Dicke nach Krause Knie $1^1/_4$ Centim. Körper $^1/_2$—$^2/_3$ Centim. Wulst $1^5/_8$ Centim.

Die Länge des Balkens steht durchaus nicht in gradem Verhältniss zur Länge der Hemisphären, sondern zu deren Breite (Huschke).

die des Splenium kaum ¼ Centim. Die Commissur der Körper des Fornix (forn.)*) ist 3¼ Centim. lang.

Von oben her wurde vorsichtig der Seitenventrikel der linken Hemisphäre geöffnet, um über das Verhalten der Balkenstrahlung Aufschluss zu erhalten (cf. Fig. 4). Fornix mit dem pes hippocampi, sowie das Calcar avis zeigten sich dabei normal. Während der plexus choreoideus lateralis sehr schwach entwickelt ist, zeigen Taenia und Fimbria eine ungemein starke Ausbildung; letztere ist an der breitesten Stelle fast ½ Centim. breit. Der hintere Theil der Balkenstrahlung überragt kaum um ½ Centim. die Umbiegung des Seitenventrikels in das Unterhorn. Ueber dem Hinterhorn, das abnorm weit ist und über dem Eingang in das absteigende Horn fehlt die der Balkenstrahlung angehörende Markmasse (Zange) ganz, so dass die kleinen und dünnen Windungen, deren graue Substanz normal, deren weisse Substanz dagegen auf ein Minimum reducirt erscheint, unmittelbar dem Ependym des Ventrikels aufliegen (de). Gegenüber der Stelle, wo der pes hippocampi nach unten und vorn umbiegt, finden sich an der vorderen Wand des absteigenden Horns 2 Wülste (o, p), graue Kerne von der Grösse kleiner Erbsen, Kerne der Cauda corporis striati, die am normalen Gehirn von weissen Fasern überdeckt werden, hier aber unmittelbar unter dem Ependym liegen. Der vorhandene Theil der hinteren Balkenstrahlung begiebt sich als sogenanntes Tapetum in den Schläfenlappen, dessen laterale obere Wand er auskleidet. Die mediale untere Wand wird ausgekleidet von den dem pes hippocampi sich anlegenden Fasern der Zwinge, die in normaler Weise im Stirnlappen vor dem Balkenknie entspringen. — Die grauen Kerne des Stammlappens, sowie alle Theile des Hirnstocks verhalten sich völlig normal. — Eine Commissura mollis ist nicht vorhanden. —

Die Verkümmerungen, die sich an dem eben beschriebenen Gehirn zeigen, beziehen sich demnach sämmtlich auf eine mangelhafte Ausbildung des hintern Theils des Balkens. Der Fall hat ein grosses Interesse, indem er beweist, was schon Reichert in seinem vortrefflichen Werk (Der Bau des menschlichen Gehirns, Leipzig 1861, tom. II. p. 73) ausgesprochen, dass nämlich die Grösse des Balkens in directem Verhältniss steht zur Grösse der Hinterlappen, oder mit andern Worten,

*) Ich brauche den einmal eingeführten Namen, halte das Psalterium aber nicht für eine Commissur; ich glaube, dass es sich dabei nicht um einen Austausch von Fasern handelt. Das Fehlen dieser sogen. Commissur (und sie fehlt jedesmal, sobald der Balken in grösserer Ausdehnung fehlt) ist deshalb ohne jede Bedeutung.

dass der grösste Theil der Markmasse des Hinterlappens der Balkenstrahlung zugehört. Fernere Beweise für diesen Satz bietet die vergleichende Anatomie; bei den Säugethieren wird der Balken um so grösser, je mehr die hinteren Theile der Hemisphären zur Ausbildung kommen und erreicht die absolut und relativ grösste Länge und Dicke bei Affen und Menschen, bei denen allein Hinterlappen sich finden. Wo die Hinterlappen wieder verkümmern (bei manchen Microcephalen), wird auch der Balken kurz und namentlich in seinen hinteren Theilen dünn. Man thut gut, für diese Betrachtung das ganze an der Lamina terminalis beginnende und mit dem Balkenwulst abschliessende System von Quercommissuren als ein Ganzes aufzufassen, das in Folge verhinderten Entgegenwachsens der Hemisphären um das Stammbläschen herum an jedem Punkt seiner ganzen Länge abnormer Weise zum Abschluss kommen kann. Nur die Lamina terminalis, die für die Bildung der Commissuren zwar mit verwerthet wird, aber gleichzeitig auch das Schlussstück des Stammbläschens bildet (cf. Reichert l. c.) wird stets vorhanden sein müssen. In dem hier beschriebenen Fall ist der Commissurenschluss in der ganzen Länge zu Stande gekommen, und nur in dem hintersten Theile mangelhaft ausgefallen. Man könnte vielleicht ohne zu grosse Kühnheit behaupten, dass die hier abnorm kleinen Windungen in Bezug auf ihre zu- resp. abführenden Fasern gleichfalls auf den Balken angewiesen sind; die in ihnen noch vorhandenen Fasern scheinen durchaus zum System der fibrae arcuatae zu gehören.*)

Dass die hier vorliegende Missbildung eine originäre ist, nicht pathologischen Processen, die nach der Geburt verlaufen sind, ihren Ursprung verdankt, liegt auf der Hand und bedarf keines Beweises; sehr schwierig aber ist die Frage zu beantworten, welches die Ursache dieser Verkümmerung gewesen ist. Mir scheint am ehesten die Annahme gerechtfertigt, an Abnormitäten des Gefässverlaufs zu denken; wobei besonders zu beherzigen ist, dass die im Sulcus occipitalis verlaufende Arteria cerebri posterior dem Gebiet der Basilaris zugehört. An diesem Gehirn, von dem seit so langer Zeit die Pia abgezogen, war leider über diesen Punkt keine Aufklärung zu erhalten und ich

*) Es ist nicht unwichtig, dass hier, wo also nur ein ganz bestimmter Theil des Balkens defect ist, die verkümmerten Windungen symmetrische sind. Dies scheint sehr gegen die nicht selten aufgestellte Ansicht zu sprechen, dass die Balkenfasern mehr dekussirend sich verhalten, d. h. asymmetrische Windungen mit einander verbinden. Das, was bisher an Untersuchungen über den Verlauf der Balkenfaserung vorliegt, berechtigt leider überhaupt noch zu keinem endgültigen Schluss.

muss späteren Forschern, denen sich die Gelegenheit bietet, ein ähnliches Gehirn frisch zu untersuchen, die Lösung der Frage überlassen. — Was endlich die Symptome angeht, so wissen wir über die Person, der das Gehirn zugehörte, nur, dass sie blödsinnig war. Der Balkendefect ist sicher nicht die Ursache des Blödsinns; ich werde gleich eine Anzahl Fälle anderer Beobachter mittheilen, in denen viel grössere Defecte, ja totaler Mangel des Balkens mit verhältnissmässiger Intelligenz oder geringer Geistesschwäche verbunden waren. Ob der Grund des Blödsinns in der Verkümmerung einer grossen Anzahl von Windungen, die mit dem Balkendefect verknüpft ist, zu suchen ist, lasse ich dahingestellt. Die microscopische Untersuchung, an die bei einem seit Jahren in Alcohol befindlichen Gehirn keine grossen Ansprüche mehr zu stellen sind, weist übrigens Ganglien auch in den verkümmerten Gyris nach. — Ein Punkt ist hier noch zu berücksichtigen, das Fehlen der Commissura mollis. Man hat früher die C. m. nur wenig beachtet und sie für unwesentlich gehalten, weil sie oft und zwar anscheinend ohne irgend welche Folge fehlt. Um so mehr musste es überraschen, dass J. Langdon H. Down (Med. chir. transactions tom. 44, 1861, p. 219 etc) plötzlich einen grossen Werth auf dieselbe legt und angiebt, er habe sie bei Idioten ungewöhnlich häufig vermisst. Das Factum ist gewiss richtig, aber nicht das Fehlen der C. m. ist der Grund des Blödsinns. Die C. m. zeigt unter dem Microscop eine grosse Anzahl Ganglien, deren Längenausdehnung die Breite weit übertrifft, die mindestens 2, häufig 3 Ausläufer und einen verhältnissmässig grossen Kern und Kernkörperchen besitzen; ausserdem sehr viele feine und feinste marklose Nervenfasern, die sich nach allen Richtungen hin durchkreuzen und nicht commissurenartig in abgegrenzten Bündeln ziehen, bei grossem Gefässreichthum; kurz sie unterscheidet sich in ihrem Bau in nichts von den angrenzenden Theilen der grauen Auskleidung des 3. Ventrikels. Ich denke mir ihre Entstehung so: wenn der 3. Ventrikel allmälig von den Seiten her durch Wachsen der thalami optici und der Stammlappen verengt wird, rücken die Seitenwände immer näher aneinander, bis sie endlich in grösserer oder geringerer Ausdehnung verschmelzen. Ist das Wachsthum in der Umgebung des 3. Ventrikels ein geringeres, so bleibt die Verschmelzung, d. h. die Bildung der C. mollis aus und damit ist bereits ausgesprochen, dass Gehirne, in denen dieselbe fehlt, weniger gut entwickelt und darum ungünstiger sind. Kommt nun gar noch mangelhafte Ausbildung anderer Hirntheile hinzu, z. B. einzelner Theile des Balkensystems, so ist das Verhältniss noch ungünstiger und Blödsinn wird um so eher

die Folge sein können. (Aus der vergleichenden Anatomie möchte ich hier noch anführen, dass bei einzelnen Thieren, z. B. bei den Hunden, die C. mollis verhältnissmässig sehr gross ist.) Wo es sich um die Erklärung vorhandenen Blödsinns handelt, wird man überhaupt gut thun, mehr die Entwickelung des Gehirns in toto, als die Ausbildung einzelner Hirntheile in's Auge zu fassen. —

Im Verhältniss zu der grossen Menge teratologischer Beobachtungen, die die Literatur unsrer Wissenschaft darbietet, fliessen, wie schon erwähnt, die Quellen ungemein spärlich, sobald es sich um Missbildungen des Gehirns handelt. Am ehesten kann man solche an den Commissuren erwarten, die die beiden Hemisphären des Grosshirns mit einander verbinden; denn da ihre Bildung erst verhältnissmässig spät erfolgt, zu einer Zeit, in der die anderen Theile des Gehirns in ihrer Entwickelung schon ziemlich vorangeschritten sind (cf. Reichert l. c.), so wird bei Missbildungen und Hemmungsbildungen an ihnen am leichtesten ein Fortbestehen des Lebens möglich sein können. Nichts desto weniger habe ich in der ganzen Literatur nur 10 Fälle aufgefunden, die hier verwerthbar sind und die ich in kurzem Auszuge der Reihe nach folgen lasse, mit der schwersten Missbildung beginnend. Die Sammlung der hierher gehörigen Fälle ist mir sehr erleichtert worden durch die Zusammenstellung der bis zum Jahr 1861 beobachteten Fälle in dem Werk von Griesinger (Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, Stuttgart 1861, p. 363).*)

---

*) Von den dort citirten Fällen sind zwei wahrscheinlich auszuscheiden:

1) Der von Bianchi mitgetheilte Fall (Storia del mostro di due corpi etc. Torino, citirt bei Foerg, Die Bedeutung etc. München 1855, pag. 47). Völlig blödsinniges Kind. Falx und Balken fehlen; beide Hemisphären waren zu einer Masse verschmolzen, ebenso beide Corpora striata etc. Hier ist die Missbildung eine so colossale, dass das Fehlen des Balkens kaum in Betracht kommt.

2) Der Fall von Solly (the human brain, London 1836), der so mangelhaft beschrieben ist, dass man nicht sagen kann, um was es sich gehandelt hat. Sechzehnjähriger schwachsinniger Mensch, der aber gern las, starb an einer Schädelfractur. „On separating (p. 433) the hemisph., instead of seeing the corp. call. as usual, we observed a pale membranous bag protruding from the left side which on being cut into was found to be a cyst 2″ in length and 1″ in breadth containing a serous fluid and lined by a firm membrane. This cyst formed the roof of the lateral ventricle of the left side. On opening this ventricle, instead of seeing the edge of the body and posterior pillar of the fornix in that cavity, we observed that they were wanting, though there was a portion of the anterior column present. On the velum interpositum there was a small hydatid and a considerable quantity of fluid in the left and third ventricle. In the right ventricle every thing was natural."

Ebenso übergehe ich hier Fälle von abnormer Dünnheit des Balkens, die sich hier und da beiläufig erwähnt finden, weil mit ihnen nichts anzufangen ist.

1) Poterin-Dumontel (Gazette médicale de Paris 1863, Nro. 2, p. 36–38). 72jähriger Mann; während der 25 Jahre, die P. ihn kannte, nur 3—4 Mal schnell vorübergehende Ohnmachten, wahrscheinlich epileptische Anfälle (éblouissements passagers avec pâleur de la face et résolution momentanée des membres). Er war ziemlich hochgradig geistesschwach, antwortete aber auf einfache Fragen richtig und war zum Botenlaufen zu gebrauchen. Er konnte lesen und schreiben. — Mässiges Oedem der Meningen; keine Spur von Balken. Die Seitenventrikel sind enorm weit (natürlich, da die Balkenstrahlung fehlt); das Marklager der Hemisphären ist auf eine dünne weisse Lamelle reducirt*). Ausserdem besteht mässige Asymmetrie, deren Beschreibung ich übergehe. Commissura anterior und mollis waren vorhanden, ebenso der Fornix, dessen Psalterium jedoch fehlte. Das Gehirn wog mit den Häuten 1078 Grm.; das Grosshirn allein 978 Grm.

2) Foerg (Die Bedeutung des Balkens im menschlichen Gehirn etc. München 1855, pag. 3—14). 17jähriges Mädchen mit tiefstem Blödsinn. Der krankhafte Zustand derselben hat nie eine andere körperliche Bewegung oder Stellung gestattet, als Liegen im Bette oder Sitzen in einem Lehnstuhle; aber die Beine und Arme sind auch sichelförmig gekrümmt. Bei der Untersuchung des Gehirns (die Beschreibung der Windungen muss im Original nachgesehen werden, da sie sich nicht kurz mittheilen lässt) fand sich nicht die Spur eines Balkens; die Seitenventrikel hochgradig erweitert. Ebenso fehlte die Commissur der Körper des Fornix. Beide Fornices scheinen sich im Uebrigen ziemlich normal verhalten zu haben, die Fasern der Zwinge hatten sich beiderseits mit dem Fornix vereinigt. Ob die C. anterior vorhanden war oder nicht, lässt F. zweifelhaft. Die C. mollis fehlte.

3) Aerztliche Berichte der Wiener Irrenanstalt pro 1853. Wien 1858, p. 189. 25jähriger Pfründner, der an Tabes gestorben; seit seinem 20. Jahre in Folge eines Schreckes epileptisch, zuletzt blödsinnig. Der Balken fehlte ganz; die Seitenventrikel, besonders deren Hinterhörner, waren sehr weit. Der Fornix scheint normal gewesen zu sein; über sein Verhalten und über die Commissur seiner Körper ist aus der sehr knapp gehaltenen Beschreibung nichts zu entnehmen. „Die vordere Commissur war ein dünnerer, beiderseits abgerundeter, sich in einen gegenüberstehenden Stumpf endigender Balken (?).“ Ueber die C. mollis ist nichts gesagt.

4) Reil (Archiv für Physiologie. Tom. XI, 1812, p. 341). Frau von ungefähr 30 Jahren, sonst gesund, aber stumpfsinnig, jedoch noch zum Botenlaufen brauchbar; fiel plötzlich apoplectiform um und starb. Der ganze freie Balken fehlte; Chiasma und C. anterior waren vorhanden; über die C. mollis keine Angabe.

5) Paget (Med. chir. transact. vol. 29, 1846, p. 55 folg.). Mädchen von 21 Jahren, die an einer Pericarditis starb. Man hatte an ihrem geistigen Zustande nichts Besonderes bemerkt. Die Windungen normal. Vom Balken war nur ein Rudiment vorhanden, in der Mitte 1'',4 lang; dasselbe stand

*) Das Fehlen des Septum pellucidum habe ich nie erwähnt. Es muss stets fehlen, wenn Balken und Psalterium, durch die es von der medialen Mantelfläche der Hemisphären abgekammert wird, nicht zur Ausbildung kommen.

Vergl. Reichert, l. c. pag. 76.

von der Spitze der Hemisphären um 1″,9 nach vorn ab, um 3″,7 nach hinten. Die Dicke betrug vorn 2‴. Dasselbe war nach vorn concav ausgebogen und ging nach unten in die gewöhnlichen Commissuren über. Der hintere Rand ist $^1/_2$—1‴ dick. Jn der Mitte ist der Balken links dicker als rechts. Die Balkenstrahlung verhält sich vorn normal, reicht aber nach hinten nicht über die Mitte der Thalami optici hinaus. Das Tapetum soll vorhanden gewesen sein. Die Commissur der Körper des Fornix fehlte, sonst waren Fornix, C. anterior und posterior normal; die C. mollis war ungewöhnlich gross.

6) Chatto (Lond. med. Gaz. I, 1845). Einjähriges Kind, epileptisch. „In all its life it manifested no sign whatever of recognising persons or objects.“ Hydrocephalus. Vom Balken waren nur zwei dünne, wenige Linien breite Leistchen vorhanden, die die vorderen Theile der Hemisphären verbanden. Commissur der Körper des Fornix fehlte. Ueber die anderen Commissuren keine Angaben.

7) Mitchell Henry (Med. chir. Transact. vol. 31, 1848. pag. 239 folg.). 15jähriger schlafsüchtiger, etwas stumpfer Knabe, der jedoch las und schrieb. Drei Jahre vor dem Tode eine Kopfverletzung mit einjährigem Krankenlager. Nichts Abnormes an den Windungen. Nur der hintere Theil des Balkens ist vorhanden; der vordere Rand des Balkens steht von der vorderen Spitze der Hemisphären $^3/_4$″ ab, der hintere von der hinteren 2″. Vom vorderen Rande der nur $^1/_{12}$″ dick (der hintere $^1/_8$″) ist, gehen beiderseits nach vorn an der medialen Wand der Hemisphären dünne weisse Streifen, die vorn convergirend in die Lamina genu übergehen. So entsteht eine Fissur im Balken von 1″,9 Länge, vorn 1″,85, hinten 0″,45 breit. Durch diesen Spalt sieht man auf die Oberseite der Lamina genu, die commissura anterior, die Corpora striata, einen Theil der vorderen Schenkel des Fornix und auf die vorderen oder inneren Theile der Sehhügel mit dem dritten Ventrikel. (Da solcher Gestalt auch die häutige Decke des dritten Ventrikels gefehlt haben müsste, die gar nichts mit den Commissuren zu thun hat, so ist es wohl klar, dass bei der Section etwas zerrissen worden ist. Darüber ist natürlich nichts mehr zu ermitteln.) Der normal gebildete Theil des Balkens hatte auch eine normal gebildete Balkenstrahlung. Der Fornix soll unvollständig gewesen sein. Der Verfasser war sich über denselben offenbar selbst nicht klar. Keine Angabe über die C. mollis.

8) Foerg (l. c. p. 17—25). Epileptiker aus Bicêtre, über dessen Leben man nichts weiss; er starb plötzlich. Der mittlere Theil des Balkens fehlt, Knie und Wulst sind vorhanden. „Zwischen beiden ist eine Lücke . . . ., der eigentliche Balkenkörper fehlt ganz. Anstatt seiner bemerkt man seitlich, unter dem Längszuge der Zwinge versteckt, eine gewöhnliche, in Knie und Wulst unmittelbar übergehende und damit stetig zusammenhängende Randwulst. Auf ihr ist ferner ein schmales, mit ihr parallel laufendes und gegen die Mediane zu frei endigendes weisses Markblättchen aufgesetzt.“ (pag. 18.) „Beim Einbrechen in das aufgesetzte Markblatt gelangt man unmittelbar auf Querfasern, nach der Mediane zu bis ans freie Ende desselben reichend . . . . Ebenso ist es beim Knie und Wulst; nur der Unterschied findet hier statt, dass die Faserbündelchen commissurenartig von einer Hälfte zur anderen herübertreten. Darüber ist nun wohl nicht der geringste Zweifel, dass wir in dem Randwulste mit dem aufgesetzten Markblatt ein wirkliches corpus

callosum vor uns haben. Der seitliche Randwulst mit dem aufgesetzten Markblatt, wie Knie und Wulst, alle drei bestehen aus einem und demselben System von Querfasern; das aufgesetzte Blatt ist demnach ebenfalls ein integrirender Theil des Balkens." (p. 22.) Der Fornix im Ganzen normal; die Commissur der Körper des Fornix fehlte. C. mollis vorhanden. Alles Uebrige normal. Die Windungen arm. Auch hier soll der dritte Ventrikel nach oben offen gewesen sein; dies kann ebenfalls nur daher rühren, dass man bei der Präparation die häutige Decke desselben zerrissen hat.

9) J. Langdon H. Down (Med. chir. transact. vol. 44, 1861, pag. 219 bis 225). 9jähriger Knabe, blödsinnig, sprach nur wenige Worte. Weder Coordinations-, noch Sensibilitätsstörung. Er starb an einer Pneumonie. Das Gehirn wog 2 Pfund 8 Unzen avoir du pois; die Windungen normal. Der Balken bestand nur aus einem schmalen Bande mit nach vorn und hinten verdünnten Rändern, an der schmalsten Stelle, etwas nach links von der Mittellinie nur $1/3''$ breit. Knie, lamina rostri etc. und demnach auch das Septum pellucidum fehlten. Von dem vorderen Rande des Balkenrudiments bis zur Spitze der Hemisphären $2\,1/12''$; vom hinteren Rande bis zur Spitze der Hinterlappen $4\,1/12''$; die Dicke überschritt nirgends $1/16''$. Beide Seitenventrikel weit, besonders die Hinterhörner. Die Commissur der Körper des Fornix fehlte; Fornix sonst im Ganzen normal gebildet. C. anterior gross. Keine C. mollis. Hirnstock normal.

10) Derselbe (Lancet. vol. 2. 1866. Nro. 8. und Journal of mental science 1867. April. p. 119—20). 40jähriger geistesschwacher Mensch, der einfache Fragen beantworten konnte, auch las und schrieb, aber unfähig war, zu rechnen; er liebte Musik. Das Gehirn wog 2 Pfund 14 Unzen. Der Balken war durch ein über den Streifenhügeln gelegenes, knorpelähnliches (?) Rudiment von $7/24''$ Breite und $1/24''$ Dicke ersetzt. Die Hinterhörner stark erweitert. Der Fornix soll nur durch die hinteren Schenkel repräsentirt gewesen sein; vordere Schenkel und Körper hätten gefehlt (?). Die C. mollis fehlte.

Es ist leicht zu sehen, dass es sich bei den beschriebenen Fällen zunächst vom anatomischen Standpunkt aus um 4 verschiedene Kategorieen handelt: 1) die Bildung des Quercommissurensystems hat in normaler Weise an der Lamina terminalis begonnen; der Commissurenschluss hat sich aber nicht so weit nach hinten ausgedehnt, wie unter normalen Verhältnissen; dies ist das einfachste und am leichtesten verständliche Verhalten. Die Balkenstrahlung ist dabei vorhanden, so weit Balken vorhanden ist und fehlt da, wo der freie mittlere Theil des Balkens gleichfalls fehlt. Es gehören hierher: die Fälle 5 (vielleicht der zu kurz mitgetheilte Fall 6) und der von mir beschriebene. — 2) Der Balken fehlt ganz. Das Quercommissurensystem ist nur durch die Lamina terminalis vertreten und durch die an dieser selbst gelegenen Commissuren: Chiasma, C. anterior. Hier fehlt jedesmal die Balkenstrahlung ganz und das Marklager der Hemisphären, das sehr verdünnt ist, besteht nur aus Fibrae arcuatae und den Fasern der Stammstrahlung; die Seitenventrikel sind sehr weit, weil die Decke weit

weniger Masse besitzt, als unter normalen Verhältnissen. Natürlich müssen hier auch stets das Septum pellucidum und die C. der Körper des Fornix fehlen. Es gehören hierher die Fälle 1, 2, 3, 4. — 3) Die Bildung des Quercommissurensystems hat in normaler Weise an der Lamina terminalis begonnen und reicht auch weit genug nach hinten; dasselbe ist aber in der Mitte an einer Stelle entsprechend dem Körper des Balkens durchbrochen. Es ist jedoch selbst an der Lücke stets ein Rudiment des Balkens auf beiden Seiten vorhanden und demgemäss auch die Balkenstrahlung ausgebildet. Diese Fälle weichen schon wesentlich von den unter 1 und 2 genannten ab; es handelt sich hier nicht mehr um ein Fehlen der sich zu den Commissuren verbindenden Fasern, sondern es ist nur die Verbindung selbst an einer Stelle nicht erfolgt. Es gehören hierher die Fälle 7 und 8. — 4) Fälle, bei denen die an der Lamina terminalis gelegenen Commissuren vorhanden sind. Dann kommt eine grosse Lücke und der Balken ist nur durch ein bandförmiges Rudiment vertreten, das der Lage nach etwa dem Körper des Corpus callosum entsprechen würde. Zu dieser Kategorie, deren Bildungsmöglichkeit mir vorläufig unverständlich geblieben ist, gehören die beiden Fälle von Down 9 und 10. —

Wenn man sich nun die Frage vorlegt, ob es möglich ist, aus den mitgetheilten 11 Fällen irgend einen Schluss auf die Functionen des Balkens zu machen, so müssen wir diese leider verneinen. Wesentlich 2 Eigenschaften sind es, die man dem Corpus callosum zuschrieb; es sollte entweder die Coordination vermitteln, oder es sollte das Substrat der höheren seelischen Functionen sein. Beides erweist sich als unhaltbar. Betrachtet man nur die Fälle 1—4, in denen der Balken gänzlich fehlte, so waren die unter 1, 3 und 4 beschriebenen Individuen keineswegs blödsinnig, und was ihre Coordinationsfähigkeit angeht, so wurden 1 und 4 sogar zum Botenlaufen benutzt. Wenn in andern Fällen Blödsinn vorhanden war, selbst bei weniger vollständigem Fehlen des Balkens, so habe ich schon einmal darauf aufmerksam gemacht, dass vielleicht an irgend einer andern Stelle des Gehirns hinzukommende, wenn selbst leichtere Defecte, die sonst ohne bedeutenden Nachtheil für die Intelligenz ertragen worden wären, hier genügen können, vollständige Idiotie durch Summirung der Störungen hervorzurufen. Hier hat denn auch das Fehlen der C. mollis ihre Bedeutung, indem es uns anzeigt, dass auch die Theile um den 3. Ventrikel herum nicht ihre volle Ausbildung erreicht haben. Die C. mollis fehlte sicher in unserem Fall und in den Fällen 1, 9 und 10; alle 4 Individuen waren blödsinnig. — Für die Function des Balkens bleibt daher frei-

lich wenig übrig und ich muss gestehen, dass ich darüber auch nicht mehr zu sagen weiss, als Paget (l. c.), dass nämlich der Balken nur zur Verbindung beider Hemisphären diene, die sonst vielleicht auch gesondert und jede für sich arbeiten könnten. Es liegt auf der Hand, dass die Aufgabe des Balkens dann wichtig genug wäre, indem er das geordnete Denken vermitteln würde und verhindern, dass auf jeder einzelnen Seite entstandene Vorstellungen und Gedanken sich in confuser Weise durcheinander mischen. Er würde die beiden symmetrisch und gleichwerthig angelegten Hemisphären für die höheren Seelenthätigkeiten zu einem gemeinschaftlich agirenden Ganzen verbinden. Dies ist wahrscheinlich wirklich der Fall; der Beweis dafür ist jedoch vorläufig nicht zu führen.*) — Die in einigen Fällen (1, 3; 6, 8) beobachtete Epilepsie berechtigt selbstverständlich zu gar keinem Schluss, da sie sich einmal nicht constant in allen Fällen zeigte und da zweitens Epilepsie jede mögliche Störung des centralen oder peripheren Nervensystems begleiten kann. — Wir sind in Bezug auf die Deutung der einzelnen Hirntheile noch immer höchst unglücklich; aber ich glaube man kann R. Wagner mit ganzem Herzen beipflichten, wenn er (Vorstudien etc. 2. Abhandlung p. 73) sagt: „Wenn wir die genaue physiologisch-psychologische Analyse von 100 Microcephalen (ich füge hinzu: oder andern Defectbildungen im Gehirn) im Leben und sorgfältige anatomische Untersuchungen nach deren Tode haben werden, können wir in der physiologischen Psychologie um ein Beträchtliches gefördert worden sein.“ —

Diejenigen Herren Collegen, die das Glück haben, bei einer Section auf ein solches abnormes Hirn zu stossen und denen etwa die Zeit mangeln sollte, es selbst genau zu untersuchen, bitte ich dringend, dasselbe an Herrn Geheimerath Griesinger oder an mich gütigst einsenden zu wollen. —

Die anatomischen Untersuchungen, über welche diese Arbeit kurz berichtet, sind sämmtlich in den Räumen des neuen anatomischen Instituts zu Berlin gemacht worden, welches mir Herr Geheimerath

*) Der physiologisch vorkommende Mangel des Balkens bei allen Wirbelthieren von den Vögeln nach abwärts beweist gegen diese Annahme nichts, da Quercommissuren das Grosshirn auch da verbinden und die Grösse derselben doch jedenfalls nur Graduntersehiede vermitteln kann. Die höheren Seelenthätigkeiten nehmen eben auch in der Thierreihe, je weiter nach unten, desto mehr ab und die Verbindung der Hemisphären braucht dann nicht mehr so ergiebig zu sein.

Reichert mit gewohnter Liberalität geöffnet hat. Ich sage meinem verehrten Lehrer, der mir auch sonst stets mit Rath und That zur Seite gestanden, hiermit öffentlich meinen Dank. —

Berlin, den 12. Juni 1867.

Tafel-Erklärung.

Die vollkommen naturgetreuen und vortrefflich ausgeführten Abbildungen verdanke ich sämmtlich der Güte meines Freundes, des Herrn Dr. W. Dönitz, Assistenten am anatomischen Institut zu Berlin.

Fig. I. Ansicht des Gehirns von oben.

A. Vordere Spitze des Grosshirns.
B. Hintere Spitze des Grosshirns.
C. Spitze des Schläfenlappens.
D. Cerebellum.
I. Rolando'sche Spalte.
II. Sulcus occipitalis.
1) 2) 3) 1. 2. 3. Stirnwindung.
a. Vordere Centralwindung.
b. Hintere Centralwindung.
c. Vorzwickel (1. Parietalwindung).
d. Zwickel (1. Occipitalwindung).
e. Zweite Occipitalwindung.
f. Dritte Occipitalwindung.
g. Dritte Parietalwindung.
h. Zweite Parietalwindung.

Fig. II. Ansicht des Gehirns von der Seite, so dass die rechte Hemisphäre sichtbar ist.

A. Spitze des Stirnlappens.
B. Spitze des Hinterhauptlappens.
C. Spitze des Schläfenlappens.
D. Cerebellum.
I. Rolando'sche Spalte.
II. Sulcus occipitalis.
III. Fossa Sylvii.
1) 2) 3) 1. 2. 3. Stirnwindung.
a. Vordere Centralwindung.
b. Hintere Centralwindung.
c. Vorzwickel.

d. Zwickel.
e. Zweite Occipitalwindung.
f. Dritte Occipitalwindung.
g. Dritte Parietalwindung.
h. Zweite Parietalwindung.
i. 1. Temporo-sphenoidal-Windung.
k. 2. „ „ „
l. 3. „ „ „

Fig. III. Rechte Hemisphäre, von ihrer medialen Fläche aus gesehen.

A. Vordere Spitze der Hemisphäre.
B Hintere Spitze der Hemisphäre.
α. Durchschnitt des rechten Crus cerebri.
aq Aquaeductus Sylvii.
m. Dritter Ventrikel.
pl. Decke desselben mit dem Plexus choreoideus medius.
forn. Fornix.
Cc. Rechtes Corpus candicans.
Ch. Chiasma n. opt.
l. t. lamina terminalis.
C a. C. anterior.
l. g. lamina rostri et genu.
g. t. Knie des Balkens.
c. t. Körper des Balkens.
spl. Splenium.
s. l. Septum pellucidum.
g. forn. Gyrus fornicatus.

Fig. IV. Linke Hemisphäre.

Diese Figur soll dazu dienen, das Verhalten des Hinterhorns zu erläutern. Das Präparat ist in der Weise gewonnen worden, dass von oben her so lange Substanz der Hemisphäre fortgebrochen wurde, bis der linke Seitenventrikel frei lag. Es ist sehr leicht zu sehen, wie die Windungen unmittelbar dem Ependym des Hinterhorns aufliegen, so dass das Marklager der Decke des Hinterhorns ganz ausgefallen ist.

A. Vordere Spitze der Hemisphäre.
B. Hintere Spitze der Hemisphäre.
α. Durchschnitt des crus cerebri.
aq. Aquaeductus Sylvii.
m. Dritter Ventrikel.
pl. Dessen Decke mit dem Plexus choreoideus medius.
gl. pin. Zirbeldrüse mit den Recessus pinealis und suprapinealis.
C. c. Corpus candicans.
hyp. Hypophysis.
Ch. Chiasma n. opt.
C. a. C. anterior.
l. t. lamina terminalis.

forn. Fornix mit der Taenia und dem plexus choreoideus lateralis.
corn. Cornu Ammonis.
c. l. a. Vorderhorn des Seitenventrikels.
c. l. p. Hinterhorn.
c. c. inf. Anfang des absteigenden Horns.
c. str. Corpus striatum.
o und p. Zwei graue Kerne, der cauda corporis striati angehörig, die in normalen Gehirnen von weissen Faserzügen verdeckt sind, hier aber frei in den Seitenventrikel hineinragen.
de. Decke des Hinterhorns. Die sehr schwach ausgebildeten Windungen liegen dem Ependym unmittelbar auf.
gyr. Bruchfläche einer normalen Windung.
gyr. l. Bruchfläche einer mangelhaft entwickelten Windung.
rad. c. call. Ein Theil der Balkenstrahlung.

VI.

Vortrag
zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin
am 2. Mai 1867.

Von W. Griesinger.

Meine Herren! Indem ich Sie heute vor mir sehe, das Studium der Psychiatrie beginnend, denke ich mich selbst an Ihre Stelle. Lebendig steht die Zeit vor mir, über die viele Jahre hingegangen sind, wo ich selbst dieses Studium begann. Ich frage mich: was beschäftigte damals meine Wissbegierde zuerst? Auf was freute ich mich am meisten? Was schien mir vor allem der Forschung werth? — Und ich sage unbedingt: das Verständniss der kranken Seele selbst. Vor meinen ersten, noch naiven Blicken stand die Thatsache, dass gegen das Zeugniss der Sinne und der Erfahrung, gegen das Zeugniss der eigenen ganzen Lebensgeschichte eine Menge dieser Kranken über ihre Persönlichkeit, über ihr Verhältniss zu ihrer Umgebung und zur Welt, über eine Menge objectiver Dinge die sonderbarsten und verkehrtesten Irrthümer äussert. Was sind dies für Irrthümer? Wie kommen die Kranken zu ihnen? Wie gerade zu diesen? Wie kommt es, dass sie an ihnen festhalten müssen? Das hätte ich vor allem gerne gewusst; ich dachte, in diesen Dingen müsse man die Kranken recht in ihr Inneres hinein verstehen, um sie richtig behandeln zu können und eine Ahnung stand vor mir, durch ein Eindringen in diese Erscheinungen werde uns ein Einblick werden in den höchsten und edelsten Mechanismus, der sich auf Erden findet, ein Einblick, wie er sonst auf keinem Wege mehr zu erhalten sein möchte.

Jetzt weiss ich längst, dass diese Fragen nicht die wichtigsten in der Psychiatrie sind und mir selbst treten sie oft lange Zeiten hindurch vor anderen practisch viel bedeutenderen ganz in den Hintergrund. Aber ihre Anziehungskraft üben sie doch immer wieder, und da es heute gewiss auch unter Ihnen Manche giebt, die auch zunächst begierig sind auf das Verständniss der kranken Seelenäusserungen selbst, so will ich dieser ersten Wissbegierde entgegenkommen und zum Gegenstande der heutigen Betrachtung ein psychologisches Thema wählen.

Es ist sonderbar, aber wahr: psychologische Themata sind in der Psychiatrie gegenwärtig gerade die am seltensten behandelten. Man ist ihrer überdrüssig und man getraut sich nicht recht an sie. Es gab eine Richtung in der Psychiatrie — einen Abweg von der Medicin, also auch von der Psychiatrie selbst —, wo man die psychischen Störungen für die einzigen hielt,

die bei den Geisteskranken zu erforschen wären (denn was man hier sonst noch etwa über den Schlaf, die Pulsbeschaffenheit, den Appetit etc. bei diesen Kranken bemerkte, nahm sich doch gar zu nebensächlich aus) und wo man zudem auf die Analyse dieser „Seelenstörungen“ psychologische Lehren von sehr zweifelhaftem Werthe, die von anderen Gebieten her äusserlich in die Psychiatrie hineingetragen wurden, anzuwenden versuchte. Die Wissenschaft hat sich längst von dieser unfruchtbaren Richtung abgewendet, und erst von unserem neuro-pathologischen Standpunkt kann und darf man auf's Neue wieder unbesorgt vor dem Fehler, die irrsinnigen Reden und Handlungen zum Hauptinhalt der Psychiatrie zu machen, an die Special-Betrachtung der psychischen Symptomenreihe gehen, die doch einmal der ganzen Psychiatrie ein besonderes Object und damit einen besonderen Kreis der Forschung gibt. — Aber dreierlei Bedingungen sollten hierbei stets beachtet werden. Erstens, dass die psychologische Betrachtung eben nicht einseitig betrieben, vielmehr die motorische und sensitive Störungs-Gruppe bei diesen Hirnkranken als ganz ebenso wichtig studirt und für Diagnose und Therapie verwerthet werde. Zweitens darf es sich nur von wirklichen psychologischen Thatsachen, von der Erforschung an den Kranken selbst erfahrungsgemäss zu beobachtender Phänomene, nimmermehr von einem äusserlichem Anwenden der Psychologie der Philosophen auf die Psychiatrie handeln. Drittens wird man vor allem die Elemente der psychischen Abnormitäten auffinden und zu verstehen suchen müssen; die Schwierigkeiten der Erforschung sind schon bei diesen gross genug, wie soll man gleich den so complicirten Verknüpfungen der Elemente, wie wir sie in den sogenannten psychologischen Formen (Manie, Melancholie etc.) vor uns haben, beikommen? — Lassen Sie mich versuchen, von dem so bezeichneten Standpunkte aus Sie in die psychologische Seite der Psychiatrie durch einige Bemerkungen einzuführen, die gerade das allerfrappanteste Phänomen, das Irrereden bei den Geisteskranken betreffen sollen.

Sie werden unter den Kranken auf unserer Irrenstation immer Mehre finden, die durchaus nicht irrereden. Anomal ist an ihnen ihre Stimmung, die ihrer früheren habituellen Gemüthslage nicht entspricht, die ohne Grund niedergeschlagen oder erregt, heiter, muthwillig, vielleicht agressiv geworden ist, ihre Selbstempfindung, die ihnen ihren Zustand als einen gesunden erscheinen lässt, anomal ist ihr Reden, Benehmen und Handeln nur, insofern es diesen Gefühlsanomalieen entspricht und Ausdruck gibt. Eigentlich verkehrte Vorstellungen, falsche Urtheile über sich selbst oder über objective Verhältnisse hören Sie nicht von ihnen, nichts was nicht auch ein Gesunder, der in derselben Stimmung wäre und der sich nicht genirte, seine Stimmung offen zu äussern, ungefähr ebenso sagen könnte. Wenn eine solche Kranke Spässe macht oder ein heiteres Lied singt in einer Lage, die einen Gesunden sehr ernst stimmen würde, wenn sie einen pathetischen oder affectirten Ton annimmt, wenn sie vielleicht in sehr ungestümer und überstürzender Weise allerlei Wünsche nach Besuchen, anderen Kleidern und dergleichen vorbringt, so ist dies alles Sache der Stimmung und Niemand wird dies ein wirkliches Irre-Reden nennen. Wir finden ein derartiges Verhalten — oder die analogen Zustände der Willenlosigkeit, der unvollständigen Gemüths-Reaction, der Zornmüthigkeit u. dergl. — vorzüglich in den Anfangsstadien der Geisteskrankhei-

en, wo oft die völlig veränderte Empfindungsweise dem Kranken selbst auf's peinlichste auffällt, aber zuweilen auch in manchen Zeiten chronischer, unheilbarer Formen (folie circulaire); in ihrer mildesten Gestaltung begegnen wir diesen Zuständen oft noch im gewöhnlichen Leben bei Menschen, deren pathologischer Hirnzustand noch nicht so weit gediehen ist, um ihre Entfernung aus der Welt der Gesunden nothwendig zu machen, aber doch bei ihnen Anomalieen der Instincte, Gefühle und Bestrebungen setzt, die sich in Verkehrtheiten des Handelns und der gesamten Lebensführung — ohne alles Irrereden — kundgeben.

Alle diese nicht delirirenden Kranken sind auf's Sorgfältigste zu unterscheiden von solchen, die auch nicht irrereden, aber nur desswegen, weil sie sich nicht aussprechen mögen. So gibt es in den Irrenanstalten namentlich eine Klasse weiblicher Kranken, welche Tag für Tag in gleicher ruhiger Thätigkeit hinbringen, von denen man vielleicht Vierteljahre lang kein unvernünftiges Wort hört; aber ihr Inneres ist bewegt von imaginären Interessen, ihr Kopf enthält ein Nest verkehrter Vorstellungen, ihren Sinnen werden die verrücktesten Dinge vorgespiegelt: ein Graf ist am Hause vorbeigegangen und hat damit eine Erklärung gemacht, der Prediger, den die Kranke in der Kirche hörte, ist ihr Bräutigam geworden u. dergl. Nur selten einmal, in Andeutungen oder in Briefen, zeigen sich diese Wahnvorstellungen, für gewöhnlich hat die Kranke gelernt sie zu verbergen und selbst zu verläugnen, innerlich völlig sicher des Tages, wo Alles, was die Hallucinationen und Wahnvorstellungen ihr sagen, in Erfüllung gehen wird. Diese Kranken reden wohl nicht irre, aber das innere Sprechen, die Frage und Antwort der Gedanken bewegt sich auf Irrwegen, aus denen sogar für diese Kranken gar kein Ausweg mehr ist.

Es gibt auch Fälle von seltenem Vorkommen, wo innerlich abnorme Vorstellungen entstehen; sie können aber nicht ausgesprochen werden, weil sie noch zu dunkel und schwach sind, um sich in Worte fassen zu lassen. So war es bei einer Dame, die mir im vorigen Jahre ein psychiatrischer College aus Russland zugeschickt hatte: ohne epileptisch zu sein, verspürte sie zeitweise neben gewissen neuralgischen Empfindungen am Kopfe jedesmal einen Zustand von Verwirrung mit massenhafter Bewegung neuer, sonderbarer Gedanken; so oft der Zustand aber schon da war, so viele Mühe sie sich gab, diese Gedanken zu fixiren, sie konnte doch nachher niemals sagen, was sie eigentlich gedacht hatte, so dunkel und rapide war alles; nur das schien ihr sicher, dass es immer die gleichen Gedanken und dass sie wahrscheinlich religiösen Inhaltes waren.*)

Indessen bei der sehr grossen Mehrzahl der sogenannten Geisteskranken werden Sie doch ein wirkliches Irrereden, oft schon in einer kurzen Unterhaltung, ja nach wenigen Worten bemerken. Dass so irrig gedacht und gesprochen wird, kann aus den allerdifferentesten psychischen Krankheitsvorgängen sich ergeben, aus Hallucinationen, aus Ueberstürzung der

*) Mit der Behandlung einer vorhandenen Uterin-Affection besserte sich das Leiden sehr rasch. Der Fall gehörte zu der Categorie, die ich in einem früheren Vortrage als Dysthymia frontalis und dergl. bezeichnet habe. Neuestens habe ich einen Herrn berathen, der in einem Büreau beschäftigt ist, der mir klagte: Wenn er die Stirnhaut stark (willkürlich) runzle und hinaufziehe, könne er nicht mehr denken wie sonst und spüre „etwas“ im ganzen Körper.

Vorstellungen, aus functioneller Schwäche (gleichsam ein matter Tremor der Gedanken), aus alsbaldigem Wiedervergessen des Gedachten etc. etc. Und ebenso mannigfaltig sind die körperlichen Quellen der Delirien: abnorme Sinnesthätigkeiten, anomale Muskelgefühle, Irradiationen und Associationen der verschiedensten krankhaften Empfindungen. Es muss so weit als möglich untersucht werden im concreten Falle, welche dieser Störungen des Denkprocesses vorliegt; si duo dicunt idem, non est idem, die Worte können dieselben, ihre Entstehungsweise, ihre innere Begründung und Bedeutung kann eine ganz differente sein. Doch will ich jetzt auf diesen Punkt nicht weiter eingehen, sondern von dem abnormen Inhalt der Vorstellnngen sprechen.

Anfangs, wenn sie vielleicht 10 oder 20 Kranke gehört haben, wird es Ihnen ganz unmöglich scheinen, Ordnung und Regel in das zu bringen, was ja eben als der vollkommene Widerspruch gegen die Vernunft gilt. Der abnorme Inhalt der Reden der Kranken wird Ihnen ebenso variabel erscheinen, wie der Inhalt der menschlichen Conversation, wie das Spiel der Gedanken überhaupt. Sie treten in das Zimmer eines Maniacus; er empfängt Sie mit den Worten: Ihre Frau ist gestorben, gestern war Ihr Vater da, geben Sie mir Kaffee, N. N. ist ein braver Mann, in X. sind alle Pferde davongelaufen etc.; er kann ganze Stunden und Tage lang in dieser Weise faseln, d. h. sich dem allerdings ganz unkontrollirbaren Spiele von Einfällen, Erinnerungen, Sinnesillusionen u. s. w. hingeben.

Aber wenn Sie einmal viele Kranke haben deliriren hören, wird Ihnen die bemerkenswerthe Thatsache auffallen, dass bei so vielen ganz dieselben krankhaften Vorstellungen wiederkehren. Lesen Sie die Krankengeschichten aller Zeiten, gehen Sie in alle Irrenhäuser von Europa und America, beobachten Sie Kranke aus allen Ständen und Menschenklassen, immer und überall werden Ihnen einige bestimmte Reihen von Wahnvorstellungen in unerschöpflicher und stereotyper Wiederholung aufstossen; es ist, wie wenn die Kranken es von einander gehört, wie wenn sie es mit einander verabredet hätten, was sie sagen wollten. Hier ist nicht ein solcher Wechsel wie in der menschlichen Conversation überhaupt; es kann kein Zufall sein, dass in so grossartiger Regelmässigkeit ein paar falsche Gedankenbildungen immer und immer wiederkehren, dass sie unter 10 Kranken mindestens von 7 hier und da ausgesprochen werden, vielleicht bei 5 durch die ganze Dauer der Krankheit den Hauptinhalt des Deliriums bilden, dass sie so oft die ersten und die letzten aller Wahnvorstellüngen sind. Es ist wie wenn gerade diese Vorstellungen immer bereit wären aufzutauchen; ich möchte sie als typische oder fundamentale, oder Primordial-Delirien bezeichnen.

Auf was beziehen sie sich? — Was ist ihr Inhalt? — Man kann mehre Hauptgruppen unterscheiden; zwei derselben fallen auf den ersten Blick durch etwas Gegensätzliches, was in ihnen liegt, sehr auf. Bei der einen Gruppe häben die Wahnvorstellungen den Inhalt eines Leidens, einer Beeinträchtigung, einer Unterdrückung. „Man hat mich vergiftet, man verfolgt mich, ich werde hingerichtet, ich bin schlecht, ich muss sterben" etc., so lauten ungefähr die Primordial-Delirien dieser Art. — „Ich bin viel, ich habe viel, ich kann viel, ich bin reich, vornehm, mächtig," so lautet die andere Art, die den activen, expansiven, gesteigerten Character trägt und die man da, wo sie alleinherrschend ist, den Grössenwahn genannt hat, aber eben

nur da so nennen darf, ohne grosse Missverständnisse zu erregen. — Wie nun der Grundinhalt des Deliriums im Einzelnen gefasst wird, macht keinen grossen Unterschied mehr, z. B. in der ersten Gruppe: ob jene Mutter sagt, sie selbst werde vergiftet oder ihre Kinder werden vergiftet, ist dasselbe, die Kinder sind ja ein Theil ihres Selbst; wie von den einen oder anderen Kranken die Bilder des Todes, des Grabes, die Gedanken der eigenen Verworfenheit und der Beeinträchtigung gerade ausgesprochen werden, ist gleichgültig. Nur ein practisch höchst wichtiges Primordialdelirium dieser Art verdient hier noch der speciellen Erwähnung, das, welches sich in den kurzen Ausdruck fassen lässt: „Es ist nicht mehr auszuhalten," oder: „Ich darf nicht weiterleben," und das so häufig mit plötzlichem Antriebe zum Handeln — Selbstmorde herbeiführt. — Bei den Primordialdelirien der zweiten Gruppe besteht dieselbe Variabilität im Einzelnen bei gleicher Hauptrichtung und gleichem Grundton, eine Kranke kann heute sagen: ich bin eine Göttin, morgen ist sie eine Prinzessin, übermorgen ist Christus ihr Bruder u. dergl.; der eine Kranke schwelgt in Erhabenheiten im Reiche der Ideen, dem andern wird nur, wie dem dummen Midas, Alles zu Golde. Sehr oft auch ist der Kranke selbst noch keine hohe Person, aber er verkehrt mit solchen: der König hat mit ihm gesprochen und ihm Geld oder Orden geschenkt, er (der Kranke) befindet sich im Kgl. Palais, die Mitkranken in der Stube sind Prinzen u. dergl. Dies alles sind ziemlich unwesentliche Variationen über eines und dasselbe Thema.

Diese zwei Hauptgruppen sind nicht die einzigen. Ich möchte die hypochondrischen Wahnvorstellungen nicht einfach als Unterart der depressiven Ideen betrachten; ich wäre auch geneigt, die ganze Gruppe der Sexualdelirien (imaginäre Einwirkungen auf die Geschlechtstheile, imaginäre Anreize etc. etc.) mit dem ganzen Gebiete des Erotismus für etwas Besonderes zu halten, es lässt sich auch die eigenthümliche Gefühls- und Vorstellungsweise des allgemeinen Anderssein (dem Kranken ist „alles nachgemacht", das Datum ist falsch, die Personen sind Puppen, es ist alles verkleidet etc.) nicht so einfach nur der depressiven Gruppe unterordnen; es muss wohl ein besonderer Vorgang sein, der diese ganz besondere Aeusserungsweise mit sich bringt, ich kann aber jetzt hier nicht weiter verfolgen, wie weit dieser Vorgang mit sogenannten Illusionen der Sinne verknüpft ist; sicher ist, dass die oben characterisirten Hauptgruppen die bei weitem frequentesten, desshalb auch am leichtesten zu beobachtenden, jeden Augenblick zugänglichsten und ohne Weiteres interessantesten sind.

Diese absolut irrigen, verkehrten, der Sachlage nach völlig absurden Vorstellungen werden nun in manchen Zuständen psychischer Störung mit ungeheurer Lebhaftigkeit und Abundanz immer in derselben Richtung erzeugt. Der Vorgang, der die eine Art setzt, ist allein vorhanden und die entgegengesetzten Vorstellungen können niemals aufkommen. So sehen wir eben z. B. bei manchen sogen. Paralytikern den Grössenwahn, bei manchen Melancholikern die depressiven Delirien schrankenlos herrschen, so dass nicht das Geringste in der Seele neben ihnen Platz finden kann.

Aber sehr häufig finden wir auch, wenn wir unser Augenmerk speciell auf diese Dinge richten, die beiden entgegengesetzten Arten von Primordialdelirien in demselben Individuum beisammen. Sie können in stetem, raschem,

hüpfendem Wechsel neben oder hinter einander auftauchen; der Maniacus kann uns in einem Athem sagen: Ich habe Gift bekommen, ich bin der König etc. Es kann auch die eine Reihe zwar weit vorherrschen, aber die andere doch sich neben ihr temporär erheben; dies ist bei genauerer Beobachtung ganz häufig bei den sogen. Paralytikern; mitten im abundantesten Grössenwahn kann der Kranke äussern: die Aerzte seien Giftmischer, unter dem Boden sitze eine Canaille, die ihn quäle, ihn selbst wolle man erschiessen, er solle heute geschlachtet werden u. dergl.; und der tief Melancholische, der für gewöhnlich in nichts als in Bildern des Todes delirirt, spricht zeitweise — wenn auch mit gleich weinerlicher Stimme — davon, dass ja ein Fest im Königlichen Palais gefeiert werde, dass die Leute in der Stube Prinzen seien etc.*) Aber es gibt namentlich auch höchst interessante Zustände, wo die beiden Hauptarten der Primordialdelirien sich sehr langsam neben einander entwickeln, wo bei dieser Langsamkeit, die sich über eine Reihe von Jahren erstreckt, die sich widerstrebenden Vorstellungen (Grössenwahn und Verfolgungswahn) Zeit haben, sich allmälich zusammenzuordnen, zu durchdringen und zu festen Gedankenverbindungen, zu einem sogen. System von Wahnvorstellungen aufs engste zusammenzuwachsen. Es bildet sich oft hier eine höchst eigenthümlich in einander gearbeitete Mischung von Verfolgungs- und von Grössen-Ideen: Diese Kranken besitzen grosse Güter und Erbschaften, um die sie betrogen, wegen deren sie verfolgt werden, sie sind Kinder der höchsten Personen, die aber nicht anerkannt, deren Rechte missachtet werden etc. Diese eigenthümliche, sehr chronische Störung halte ich nicht mehr (wie in meinem Buche) für secundär, habe mich**) vielmehr von der protogenetischen Bildung dieser Zustände überzeugt und bezeichne sie jetzt als primäre Verrücktheit.

Doch — halten wir uns noch fern den sogen. „Formen“ der Psychiatrie; kehren wir zurück zu den Elementen, die wir eben betrachten, zu unsern Primordialdelirien. In dem complicirten Irrereden der Kranken, in den secundären, tertiären, 100fachen Combinationen, die sie mit dem unberechenbaren Heere anderer Vorstellungen eingehen, findet sie der Sachkenner mit Leichtigkeit heraus; die Besonderheit ihres in der Hauptsache gleichen Inhalts kennzeichnet mitten im Gefasel und in der Verworrenheit die beiden Hauptclassen.

Wie entstehen sie bei den Kranken? — Dass sie der äusseren Welt nicht entnommen werden, dass sie ganz ausserhalb der Erinnerungen und Combinationen des gesunden Lebens stehen, liegt auf der Hand. Vergiftet zu sein, Kaiser zu sein — fällt einem Gesunden nie ein, solche Vorstellungen brechen ohne alle Anknüpfungspunkte als völlig fremde in die continuirliche Reihe unserer gewöhnlichen Vorstellungen, in das Denken und Fühlen, das sich auf uns und die Unsrigen, auf die Arbeit des Tages, auf die

---

*) In den letzteren Beispielen können die Wahnvorstellungen entgegengesetzter Art sich noch als Einfälle ohne Beziehung zu einander verhalten oder es kann bereits eine logische Combination zwischen ihnen stattgefunden haben, z. B. es sind Prinzen in der Stube, denen nun der Melancholiker (seiner Grundstimmung nach) Abbitte zu thun hat — aber auch dieser Gedanke noch schwebend und ohne innere Fixirung.

**) In Uebereinstimmung mit Snell (Zeitschr. f. Psychiatrie XXII. p. 368). — Morel (Maladies mentales 1860 p. 714. 267) hat auch bereits diese Fälle in seiner trefflichen Weise beschrieben.

Freuden und Leiden des gesunden Lebens bezieht, herein. Die Kranken, bei denen dies geschieht, sind hirnkrank, und natürlich ist die Hirnstörung der Anlass zur Entstehung dieser Gedanken. Aber wie entsteht gerade dieser Inhalt?

Fragen wir die Kranken selbst, wie sie zu diesen Vorstellungen kommen, so wird uns keine Antwort. Fragen wir die Reconvalescenten, so können sie uns — ich finde das sehr oft — in der Regel auch nicht das Geringste darüber sagen; sie sagen meistens, es sei ihnen eben „so gewesen". Dies kann uns nicht wundern; es ist ja, als ob wir den Erwachten fragen wollten, wie er dazu gekommen, gerade dieses oder jenes zu träumen. Hier und da kann uns der Erwachte allerdings etwas hierüber sagen: diese oder jene bestimmte Erinnerung vom Tage zuvor, diese oder jene körperliche Empfindung im Schlafe möchte den Stoff oder den Anstoss zur Entstehung gewisser Traumbilder gegeben haben. So hören wir wohl auch hier und da von den Reconvalescenten Solches: das Gefühl der Beklemmung, die „Angst" im Kopfe (oder auch die „Angst in den Füssen") möge es gemacht haben, dass ihm eingefallen, man verfolge ihn; einzelne Kranken geben sogar ganz bestimmte Anlässe zur Bildung bestimmter Wahnvorstellungen an; z. B. ein Kranker, der davon gesprochen hatte, hingerichtet zn werden, sagte nachher: als er sich ganz nackt ausgezogen, sei ihm an seinem nackten Körper die Vorstellung des gekreuzigten Christus erwacht. — Aber, abgesehen davon, dass diese Angaben der reconvalescenten oder beruhigten Kranken mit Critik aufzunehmen sind, dass doch überhaupt nur relativ ganz selten von ihnen etwas irgendwie Plausibles angegeben werden kann, so handelt es sich ja gerade um die Frage, warum nun eben diese Vorstellungen erzeugt wurden, warum jetzt aus der Vorstellung des nackten Körpers eine triste und nicht etwa eine heitere oder muthwillige Vorstellung hervorging? — und die Erfahrung zeigt uns, dass, wenn auch für die depressiven Vorstellungen, Vergiftung, Verfolgung etc. hier und da noch etwas solches angegeben werden kann, es für die expansiven oder Grössendelirien noch viel weniger der Fall ist (dies übrigens auch in Uebereinstimmung mit dem Verhalten der Träume bei Gesunden).

Manchmal möchte man glauben, die Primordialdelirien entstehen einfach aus Hallucinationen, der Verfolgungswahn aus verdächtigem Geräusch, aus der Illusion, es gehe stets Jemand hinter dem Kranken her, aus gehörten Drohworten etc., der Vergiftungswahn aus einem auffallenden, schlechten Geschmack der Speisen. Gewiss ist es oft der Fall, dass gewisse bestimmte Worte und Fassungen für die stattgefundene Seelenbewegung durch Hallucinationen dem Kranken an die Hand gegeben werden. Aber sind desshalb aus ihnen die Vorstellungen selbst entstanden? Sind die Bilder des Traums Ursachen der Traumvorstellungen? Sind nicht vielmehr Bilder und Vorstellungen Aeusserungsweisen eines und desselben Seelenzustandes? Sind denn nicht sicher die Hallucinationen selbst schon Vorstellungen? Und wie kommt der Kranke gerade zu diesen Hallucinationen? — Lauter Fragen, die darauf hinführen, dass wir die Entstehung der Primordialdelirien nicht aus den Hallucinationen herleiten können. Und noch Eins. Betrachten wir die merkwürdige, aus der Erfahrung der Gesunden schwer verständliche Ueberzeugungskraft der Hallucinationen, so sehen wir, wie sie diese nur dadurch

bekommen, dass sie schon selbst die Wahnvorstellung **sind**, nur mit einer sinnlichen Begleitung von starker Intensität versehen. Ein Verrückter erklärt sich für den Sohn des Kaisers. Ich frage ihn: Woher wissen Sie es? — „Ein Knecht auf dem Hofe hat es gesagt" (Hallucination bei offenem Fenster). — Glaubt es der Gesunde, auch wenn ein Knecht auf dem Hofe es **wirklich** gesagt hätte, dass er der Sohn des Kaisers sei? Nimmermehr. Der Kranke glaubt es nur, weil die Hallucination seinem eigenen, **schon vorhandenen** normalen Vorstellungsinhalte Worte gab; das sinnliche Bild für die Wahnvorstellung hat nicht diese erst **gemacht**.*)

Früher hielt ich dafür, dass die Primordialdelirien hauptsächlich aus zu Grunde liegenden Gemüthsbewegungen, Stimmungen, Affectartigen Zuständen entstehen, die ja gewiss in den früheren Perioden der Geisteskrankheiten eine so grosse Rolle spielen. — In der That kommt diese Deutung der Sache schon viel näher als die aus den Hallucinationen. Aber ich habe schon damals darauf hingewiesen (Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, zweite Ausgabe, 1861, pag. 72), dass gerade die Vorstellungen, die ich jetzt Primordialdelirien nenne, oft so plötzlich, mit der Abruptheit von Hallucinationen, ohne dass eine emotive Grundlage sich nachweisen lässt, auftauchen. Jetzt zweifle ich selbst, ob auch für die Fälle, wo die Erklärung ganz zu passen scheint, die Fassung, die Primordialdelirien **entstehen** aus der pathologischen Gemüthsbewegung (als ihrer Ursache), der richtige Ausdruck ist, ob man allgemein sagen kann, dass z. B. die Vorstellung, vergiftet zu sein, hingerichtet zu werden, in der Regel aus einer depressiven, die Vorstellung, König oder Kaiser zu sein, aus einer wirklich (natürlich krankhaft) gehobenen **Gemüthsstimmung hervorgeht**. Die Betrachtung in den letzten Jahren hat mir gezeigt, dass dies zum mindesten nicht so allgemein ist, als ich früher glaubte.

1. — Manche intelligente Genesene oder Beruhigte versichern uns auf's Bestimmteste, dass ihnen die primordialen Wahnvorstellungen ohne alle ihnen fühlbare Gemüths-Erregung gekommen seien. Wir haben z. B. hier ein gebildetes Frauenzimmer mit periodischer Manie; im Beginn der Anfälle tauchen jedesmal in so ziemlich gleicher Weise die Vorstellungen auf, ihre Geschwister sollen umgebracht werden; sie versichert mich, dass die Gedanken in ganz unbezwinglicher Weise sich ihr aufdrängen, aber ohne alle Angst, ohne Verfolgungs-Empfindung, ohne ihr fühlbare gemüthliche Erregung irgend einer Art. Und eine ganze Masse von Kranken, die Blödsinnigen, gibt es, die ganz dieselben Wahnvorstellungen durch einander äussern: ich werde verbrannt, der König ist in der Stube etc. etc. ohne dass wir in ihrem Verhalten auch nur die Spur einer gemüthlichen Erregung finden könnten; wir finden dies namentlich öfters bei der senilen Geistesschwäche, ohne dass derselben eine andere Form, aus der die Vorstellungen sich herschreiben könnten, vorausging. Auch bei der oben erwähnten Form der primären Verrücktheit scheinen die Grössen- und Verfolgungs-Ideen ursprünglich als schwache,

*) Die Ueberzeugungskraft der Primordial-Delirien ist übrigens sehr verschiedenen Grades. Manche wissen noch, dass die Vorstellungen falsch sind, aber sie können sie nicht los werden, Einige lachen selbst über sie während sie sie scheinbar mit Energie aussprechen, Andere zweifeln nicht an der Wahrheit, theils in Traumzuständen, theils bei erfolgter Systematisirung. Alles dies gilt in ganz gleicher Weise von den Hallucinationen.

erst allmählig an Stärke gewinnende, ruhig und ohne allen Affect sich vollziehende Gedankenbildungen aufzutreten.

2. — Giengen die Primordialdelirien so ganz aus krankhaften Stimmungen, und Gefühlen hervor, so müsste doch irgend eine Proportion zwischen der Stärke oder Höhe beider Elemente bestehen. Aber weit entfernt hiervon, können wir neben leichtester oberflächlichster Gemüths-Erregung die ungeheuerlichsten Primordialdelirien, neben der intensivsten Angst gar keine solche finden. Aus einer hundertmal tieferen Gemüths-Erregung, als der des Maniacus die von einem Augenblick zum andern wechselt, entsteht doch beim Gesunden nie der Wahn verbrannt zu werden, oder Kaiser von Deutschland oder ein Bruder Christi zu sein; es muss also jedenfalls ausser der Gemüths-Erregung noch etwas Anderes da sein, was diese seltsamen, der objectiven Wirklichkeit total conträren, der ganzen Geschichte der Individualität völlig fremden Vorstellungen bildet. Und wenn in buntem Wechsel die entgegengesetzten Primordialdelirien zu Tage kommen, wenn der plaudernde Maniacus in einem Athem sagt; Ich bin vergiftet, ich schenke Ihnen eine Million, Sie sind Napoleon etc., — ist es denkbar, dass hier von einer Minute zur andern die gemüthliche Erregung so contradictorisch umspringe, worauf doch das äussere Verhalten des Kranken im Geringsten nicht hinweist, und dass jede dieser Gemüths-Bewegungen sofort und im Moment zu dem Maximalgrade anschwelle, wo aus ihr die exorbitantesten Aeusserungen hervorgehen müssen?

3. — Ueberhaupt aber schliessen sich die depressiven und die Grössen-Ideen durchaus nicht gegenseitig aus; wohl kann in der reinen Melancholie oder bei vielen Paralytikern das Delirium den einen dieser Charactere so überwiegend ausgesprochen an sich tragen, dass die andere Classe von Vorstellungen lange Zeit gar nicht zu Tage kommt, aber bei genauerer Beobachtung finden wir die letzteren, die dem Hauptcharakter der Form entgegengesetzten Delirien, viel öfter als wir sie erwarten sollten. *) Im Inhalt der Delirien besteht kein solcher Gegensatz zwischen Melancholie und Manie, wie er früher öfter aufgefasst wurde und wie er sein müsste, wenn nur ein die Seele erfüllender Affect die Delirien erzeugte. Ja, was das Merkwürdigste ist, es kann die eine Art von Primordialdelirien anhaltend, Monatelang bestehen bei ganz entgegengesetzter Gemüthstimmung. Ein schönes Beispiel hiervon bietet eine unserer gegenwärtigen Kranken. Sie charakterisirt sich durch tief niedergeschlagene Stimmung und durch Selbstbeschuldigungen auf's bestimmteste als Melancholica; spreche ich mit ihr, so klagt sie über die ewigen Quälereien der „dummen Gedanken." — Welcher Gedanken? Vergiftet, verfolgt zu sein? hingerichtet zu werden? — Keineswegs; vielmehr einer Grössenvorstellung, des Gedankens, sie sei eine Prinzessin! „Der Gedanke überströmt mich — sagt sie hülfesuchend —, ich kann ihn nicht regieren," seit Monaten kämpft sie unablässig mit ihm, würde sie ihm nachgeben und sich ein Bild ausmalen, sagt sie, „so wäre sie nicht mehr Herr über den Unsinn." —

*) Während ich dies niederschreibe, kommt mir wieder ein recht characteristisches Beispiel vor. Eine in melancholischem Traumzustand versunkene Puerperalkranke frage ich, ob sie wisse, wo sie sei? Zögernd und leise, wie es diese Kranken thun, antwortet sie: „beim Kronprinzen und beim Herrn Regierungsrath."

Solche Fälle sind im äussersten Grade psychologisch interessant, sie stellen sich einer allzu grossen Ausdehnung des Satzes, dass die Primordialdelirien auf der Basis der herrschenden Gefühle entstehen, sehr bestimmt entgegen.

4. — Und selbst wo diese Delirien mit den entsprecheuden Gefühlen und Stimmungen verbunden sind — was allerdings sehr oft der Fall ist, — ist es fraglich, ob letztere gerade die Ursachen jener sind. Wohl findet sich z. B. frühzeitig in der Paralyse öfters eine solche Euphorie, ein Zustand so hochgespannter, überströmender Gefühle, dass uns der Kranke wie trunken in die Arme fallen kann mit dem Ausruf: Ich kann dieses nie gefühlte Glück, diese Seligkeit nicht fassen, nicht mehr ertragen, ich fühle, ich muss wahnsinnig werden! — Aber gehen gerade aus diesen Gefühlen, als Wirkungen aus der Ursache, die Wahnvorstellungen hervor: Ich habe alle Tragödien der Welt geschrieben, ich bin früher als erste Sängerin aufgetreten, alle Eisenbahnen gehören mir, ich habe die Türkei gekauft etc. etc.? Ich möchte das Verhältniss lieber auch hier wie bei den Hallucinationen so ausdrücken: beide, die Gefühle und die concreten Wahnvorstellungen, sind Aeusserungen eines und desselben Seelenzustandes; zum Theil ist dieser in Worte fassbar (Delirien), ein anderer Theil besteht aber aus Bewegungs- und Spannungsverhältnissen im Vorstellen, die keine concrete Gedankenbildungen, sondern als Gesamtresultat und Totaleffect nur Gemüthsbewegungen und Gefühle geben. Es ist erfahrungsgemäss, dass unsere abnormen Hirnzustände sehr oft zuerst solche abnorme Bewegungs- und Spannungsverhältnisse im Vorstellen setzen, die uns als traurige, herabgestimmte oder als gehobene Gefühle bewusst werden; neben ihnen, nicht gerade nothwendig aus ihnen und durch sie, können aus dem gleichen Hirnzustande abnorme concrete Vorstellungen entstehen. Es können letztere aber auch ganz ohne jene auftreten, die Delirien der acuten Kankheiten z. B. entbehren häufig der emotiven Grundlage ganz. Glauben Sie auch nicht, dass die Primordialdelirien, wie ich sie oben nannte, bloss bei den Kranken der Irrenhäuser sich finden; ich höre solche oft genug in der Stadt. Vor einigen Wochen sah ich einen schwer Rückenmarkskranken, der zeitweise Geistesabwesenheit zeigte; in einer solchen erkundigte er sich einmal mit vollster Ruhe nach einem Handwerker, der ihm eine Kette für die zehn Orden, die er in der letzten Zeit bekommen habe, machen werde; vor wenigen Stunden war ich bei einem Kranken, bei dem auf eine Atrophie beider nn. optici eine Hirnaffection mit Schwindelzufällen gefolgt ist; er geht jetzt in seiner Stube auf und ab, bald von Gift und Schlechtigkeiten, bald von dem prachtvollen Landhause, das man ihm gestern geschenkt habe, redend.

Früher war ich mehr geneigt, die Primordialdelirien als logische Producte aus emotiven Grundlagen abzuleiten; heute muss ich mehr Gewicht auf das directe Entstehen desselben aus der cerebralen Störung legen. In den Ganglienzellen der grauen Hirn-Rinde gehen nach unseren heutigen Annahmen die Processe vor sich, welche die Vorstellungen auslösen. Im normalen Zustande vollziehen sich diese Thätigkeiten an den Zellen, deren doch gewiss sehr viele auf ein sehr inniges Zusammenwirken mit einander angewiesen sind, mit einer wundervollen Ordnung und Ruhe, gerade wie z B beim Gehen die Ganglien-Zellen des Rückenmarks stets in der gleichen, schönsten Ordnung zusammenwirken; sie verarbeiten die erhaltenen sensitiven Eindrücke des berührten Bodens und reagiren motorisch so, dass eine vollständige Harmonie

mit der Aussenwelt und mit dem Willen des Individuums herauskommt. Bei anomaler Action dieser Rückenmarkszellen kommt ein Gehen heraus, das nach beiden Seiten hin disharmonirt (z. B. bei der Tabes). So müssen bei anomaler Action jener Hirnrinden-Zellen unmittelbar Bilder, Worte, Vorstellungen aller Art ausgelöst werden, welche der Wirklichkeit nicht mehr entsprechen. Die kleine Uhr in unserem Kopfe ist gleich gerichtet mit der grossen Uhr der Welt. Jst ihr Mechanismus schadhaft geworden, so gehen beide nicht mehr zusammen, unsere Gedanken stimmen nicht mehr mit der Aussenwelt und auch nicht mehr mit unseren früheren Gedanken, welche eben mit der Aussenwelt zusammengingen.

Die abnorme Action jener Ganglienzellen kann durch alle mögliche Erkrankungen des Hirns bewirkt werden; die Vorstellungsthätigkeit scheint immer in gewissen Haupt-Categorieen delirirend zu reagiren. In einem atrophischen, in einem mit chronischer Meningitis behafteten Hirn können ganz dieselben Primordialdelirien entstehen; neulich hatten wir wieder einen Fall sehr zahlreicher Cysticercen in der Hirn-Rinde, auch diese Kranke delirirte sehr viel in Vergiftungsvorstellungen. Sehr häufig ist die Störung in den Ganglienzellen offenbar rein functionell und hier offenbar nicht selten von anderen, entfernten Stellen her erregt. In diese Classe gehört das, was ich krankhafte Mitvorstellungen und associirte Vorstellugen nenne. Denken Sie zu ihrem Verständniss z. B. erst an die pathologischen Mit-Empfindungen. Ein Typhus-Reconvalescent z. B. sagt uns: so wie ich die Zähne mit der Bürste berühre, fühle ich wie einen electrischen Schlag durch die Beine — ein leicht verständliches Beispiel einer centralen Uebertragung einer Empfindung. Ein Gesunder sagt uns: er sah einen Knaben in Gefahr, aus einem rasch gehenden Wagen zu stürzen und er fühlte augenblicklich eine Schwindel-Empfindung in den Beinen; hier waren es Vorstellungen, die eine Mit-Empfindung anregten. Wenn aber nun umgekehrt ein neuralgischer Schmerz oder eine der so sehr interessanten Auraartigen Empfindungen, die wir bei manchen Kranken finden, Vorstellungen erregt, welche nach der gewöhnlichen Erfahrung der Menschen im geringsten nicht aus dieser Sensation hervorgehen, welche mit dieser Sensation logisch gar nichts zu thun haben, z. B. die Vorstellungen von Bäumen, Häusern u. dergl. oder die Vorstellung, ein ganz schlechter Mensch zu sein, dann nennen wir das eine Mitvorstellung und stellen sie uns als nicht auf logischem, sondern auf direct cerebralem Wege aus der Empfindung hervorgegangen vor.

Wir haben Grund zu glauben, dass die ursprüngliche abnorme Sensation sehr schwach und doch die Erregung von Mitvorstellungen bei gewissen Zuständen des Hirns sehr stark sein kann, ja vielleicht wird der Vorgang, der die erste Erregung z. B. in den Eingeweiden machte, zuweilen gar nicht gefühlt und doch sind von ihm aus die abnormen Vorstellungen, die Mitvorstellungen erweckt worden und werden mit ihm stehen und fallen. — Es gibt aber noch eine andere Classe von Mitvorstellungen. Hier werden nicht durch Sensationen, sondern durch die cerebrale Thätigkeit, welche Vorstellungsacte selbst auslöst, andere cerebrale Vorstellungsthätigkeiten angeregt, aber nicht die normalen, im gesunden, wohleingerichteten Kopfe logisch aus jenen hervorgehenden, also den Gesetzen der normalen s. g. Ideen-Association irgendwie entsprechenden, sondern völlig fremdartige, jeden Zusammenhanges mit den

ersten baare, wie sie bei der ungeheuren Mehrzahl der Menschen sich nie an jene ersten knüpfen; es werden z. B. die Vorstellungen der Hinrichtung, der Verfolgung, oder erotische Vorstellungen oder Grössen-Vorstellungen sofort herorgerufen durch ein Vorstellen, dessen Inhalt nicht den geringsten logischen Zusammenhang mit jenen hat.

Mögen aber diese Entstehungsmechanismen für die Primordialdelirien sein welche sie wollen, lässt sich denn nun irgend etwas zur Erklärung ihres bestimmten Inhaltes sagen? Zur Erklärung, wie aus der unendlichen Mannigfaltigkeit möglicher widersinniger Vorstellungen doch in so gleichmässiger und monotoner Weise relativ wenige wirklich werden? — Eigentliche Erklärungen hierfür können nicht gegeben, doch mit einigen Analogieen kann die Sache vielleicht beleuchtet werden.

In Hirnkrankheiten, auch leichterer Art, kommt es öfter vor, dass grössere Gruppen von Vorstellungen ohne die geringste emotive Grundlage, vollkommen ruhig sich immer mit Gewalt vordrängen (wie anderemal einzelne Gruppen vollkommen ausgelöscht sein können). Es können dies ganz gleichgültige Vorstellungen sein. Einer der ersten Kranken, den ich in Berlin behandelte, war ein Herr in der K. Strasse, welcher vierzehn Tage zuvor mit einer unangenehmen Sensation von Druck „in der Mitte des Kopfes," wie er meinte: gerade oberhalb des Gaumens, ohne alle Lähmungssymptome aufgewacht war. Seither tritt die Sensation besonders ein, wenn er lesen will, das Verständniss vergeht ihm und es kommt ein stürmisches Drehen im Kopfe, doch wie er sagt ohne Schwindel. In den letzten Tagen, ehe ich ihn sah, fielen ihm eine Menge Dinge ein, „die nicht hergehören." Namentlich „muss er immer kopfrechnen"; wiewohl er nichts zu rechnen hat, kommen ihm immer Zahlen und ihre Combinationen in den Kopf; wenn er in einer Droschke fährt, muss er sich stets mit der Nummer auf dem Rücksitze beschäftigen, es reizt ihn die Quadratwurzel auszuziehen etc., Dinge, an die er bisher niemals gedacht; nach etwa 8 Tagen ist alles wieder weg. — Soll man diese Bewegung, dieses Sichhereindrängen von Vorstellungen, „die nicht hergehören", schon ein inneres Deliriren nennen? Im gewöhnlichen Sinne nicht; doch ist hier, wie sonst auch oft, die Grenze keine scharfe.

An gewissen Träumen haben wir die evidentesten Beispiele, wie eine Erregung bestimmter Organe bestimmte, im Wesentlichen ihres Inhalts gleiche Vorstellungsgruppen erweckt ohne allen äusseren Anlass und ohne innere emotive Grundlagen, wahrscheinlich durch Erregung bestimmter Gruppen von Ganglienzellen, welche im Centrum mit den Nerven der betreffenden Organe im nächsten Connexe stehen; ja wir sehen in der merkwürdigsten Weise, wie schon geringe Modificationen in dem Erregungszustand der betreffenden Organe starke Nüancirungen in der Stimmung und den Bildern des Traumes bewirken können.

Ein gewisser Intoxicationszustand, das Delirium tremens, gibt uns bei sehr vielen Kranken ein sonderbares Beispiel bestimmter, einförmiger, weiter unerklärlicher, wacher Traumbilder oder Delirien: der Thierdelirien. Die Vorstellungsapparate des Hirns, durch dieselben Krankheitsursachen in denselben pathologischen Zustand versetzt, agiren hier bei Tausenden und Aber-Tausenden von Menschen so, dass im Wesentlichen gleiche Bilder und Vorstellungen in ihnen entstehen. — Sind es hier gewisse Regionen oder Pro-

vinzen von Vorstellungsapparaten (Ganglien-Zellen), die erregt werden? ist es eine besondere Art von Erregung? ist es vielleicht der Wegfall von Hemmungen für sonst latente Vorstellungen, was hier wirkt? — So oder so, die Analogie der bei so zahllosen Hirnkranken immer gleich stereotyp sich producirenden Intoxications-, Verfolgungs-, Grössendelirien mit den stereotypen Bildern bei der alcoholischen Hirnaffection kann nicht verkannt werden. Ueberhaupt haben, wie bereits oben bemerkt, die Primordialdelirien durch ihr äusserlich unmotivirtes, dem Genesenen ganz unerklärliches, unbewusstes Verhalten, durch ihr plötzliches Auftauchen und Verschwinden die grösste Aehnlichkeit mit den hallucinatorischen Vorgängen. Es gibt aber noch einfachere pathologische Zustände, als die eigentlichen Halluciationen, welche zur Beleuchtung unseres Themas anzuziehen sind.

Es kommen pathologische Hirnzustände vor, wo in characteristischer Weise subjective Farben entstehen, theils schon neben Delirien oder tiefen Verstimmungen, theils noch als Vorläufer desjenigen Zustandes, der sehr bald pathologische Stimmungen, Gefühle, Gedanken, Thaten auslösen wird. Bei genauerer Beobachtung unserer Kranken wird man nicht so gar selten diese Fälle finden; kurz hinter einander waren in unserer Abtheilung drei Selbstmörder, welche kurz vor ihrer That Roth gesehen hatten.*) Es ist mir kein Fall bekannt, wo in aufgeregten Hirnzuständen andere Farben als Roth, etwa Blau oder Violett, gesehen würden; nur aus einem Falle, der aber nicht deutlich genug erhoben werden konnte, möchte ich schliessen, dass auch ein subjectives Grün in gewissen derartigen Hirnzuständen sich (vor den offenen Augen und ohne alle sonstige Anomalie des Sehactes) einstellt; es wäre interessant dieses Thema durch weitere Untersuchungen zu verfolgen.

---

*) Ein epileptischer Schuster der am 20. Februar 1867 einen Selbstmordversuch durch Einschnitte in die Handgelenksgegend machte, aber keine Erinnerung davon hat, hat in den letzten Nächten vor der That völlig wachend bei offenen Augen und dunkler Stube Reiter gesehen, welche durchaus roth (ohne andersgefärbten Fleck) waren; auch in den ersten Tagen nach seiner Aufnahme bei uns sah er noch Nachts rothe Farben und Lichter, Vögel mit rothen Augen u. dergl. — G. ein etwas schwachsinniger Bauer verfiel in einen melancholischen Traumzustand, in dessen Beginn er einen Selbstmordversuch durch Erhängen machte. Am Tage des conamen hat er, schon im ganz verwirrten und geistesabwesenden Zustande zu seinen Angehörigen gesagt: da schlagen ja die Flammen aus dem Boden heraus. Vor 9 Jahren hat er schon einmal einen Selbstmordversuch durch Ertränken gemacht: auch damals hat er zuvor Feuer gesehen. — Ein anderer Kranker, der im Decbr. 1866 einen Selbstmordversuch durch Erhängen machte, sagte: in der letzten Zeit vor der That sei es ihm sehr aufgefallen, dass, wenn er lesen wollte, alle Buchstaben roth waren; dies wiederholte sich 2–3mal und er musste jedesmal das Buch weglegen. — Einer der merkwürdigsten degenerirten Menschen, die ich je beobachtete, ein ca. 20jähriger Bursche, den ich in Zürich a. 1864 als Brandstifter zu begutachten hatte, der aber auch öfters starke Mordimpulse hatte und der zuweilen unter den Erscheinungen lebhafter Kopfcongestion ein ganz wildes Wesen bekam, sprach sich einmal in einem Briefe an seinen Bruder über seine Lage aus; dort kommen die Worte vor: „Ich sehe im Geiste Blut und Feuer und immer grösser wird die Lust zu Mord und Brandstiftung". Dieses Rothsehen ist übrigens ein bekanntes Phänomen. Die ältere Litteratur über die sogenannte Pyromanie enthält einige hierhergehörige Thatsachen; bei den Manieanfällen der Epileptiker ist die Häufigkeit der subjectiven rothen Farbenerscheinungen einem so guten Beobachter wie Hr. Jules Falret nicht entgangen (De l'état mental des épileptiques 1860 p. 15). Auch Delasiouve (Annal. méd.-psych. Janv. 1867 p. 55) erzählt von einem düstergestimmten und aufgeregten Gesichtshallucinanten, dessen mannigfaltige Bilder zuweilen zu einer unbestimmten rothen Farbe zusammenfliessen.

Diesen einfacheren Vorgängen der subjectiven Farben-Erscheinungen bei gewissen Hirnzuständen möchte ich am liebsten das Auftreten jener einfachen stereotypen, monotonen Primordialdelirien vergleichen. Die Aetherschwingungen im Raume geben uns tausendfache Modificationen und Nüancen der Farben-Empfindung, aber, wie bemerkt, nur eine einzige, oder höchstens sehr wenige Farben-Empfindungen treten subjectiv in dem gereizten Hirn auf und zwar ist es meist eine Farbe von sehr prononcirtem Character. Die objective Welt gibt uns tausendfache Inhalte und Modificationen unserer Vorstellungen, aber in diesen Krankheiten tritt zunächst nur eine beschränkte Zahl primordialer Erregungen des Vorstellenden auf; diese Erregungen machen sich dem Kranken theils in Gefühlen (Angst, Seligkeit etc.) geltend, theils kann er sie in gewisse Worte, natürlich aus seinem Ideenkreise und Wortvorrathe, aber doch in einem ganz engen Kreise sich bewegend und einen prononcirten Character einhaltend, fassen (Gift, Verfolgung, Grössen etc.). Die Mannigfaltigkeit der objectiven Farbennüancen ist unendlich, aber die Sprache hat nur einige Haupttöne (Roth, Blau, Braun etc.) herausgehoben und mit besonderen Worten bezeichnet, wie wir für die unendliche Mannigfaltigkeit der Geschmacks-Empfindung doch nur wenige Ausdrücke: Süss, Bitter etc. haben. So haben wir auch für die unerschöpfliche Unendlichkeit unseres Seelen-Inhalts nur eine Reihe bestimmter Umgrenzungen durch gewisse Einzelvorstellungen und Worte, über welche Niemand hinaus kann und welche desshalb bei gleicher innerer Erregungsweise immer und bei Allen wiederkehren. — Auch aus dem Tastsinn können wir für das eben Gesagte eine sehr berechtigte Analogie verwenden; in dem gedrückten Nerven entstehen bei allen Menschen gleiche Sensationen, für die sie alle gleich gewisse Worte anwendbar finden: Kalt, Heiss, Strömen, Ameisenlaufen etc. (wiewohl noch kein Mensch Ameisen in seinem Körper laufen gefühlt hat). So findet der Kranke auch bei den Primordialdelirien unwillkührlich nur wenige Bezeichnungen anwendbar auf seinen Zustand, und immer kommen die gleichen Worte: Gift, Schlechtigkeit, Hinrichtung, Verfolgung etc., Reichthum, Vornehmheit etc. zum Vorschein.

Merkwürdig ist es hier, wie primitiv besonders die depressiven Primordialdelirien sind, wie tief sie selbst noch in den elementaren Inhalt einfacherer Seelenformen hinunterreichen. Nicht nur den Begriff der Verfolgung, sondern auch den Begriff des Giftes, des Schädlichen in der Nahrung, hat schon das höhere Thier (natürlich in seiner Art, als Lieder ohne Worte); mit misstrauischem Blick sehen wir den klugen Hund von einer ihm verdächtig scheinenden Speise die er berochen hat, sich abwenden Auch in den Träumen des Gesunden sind die Verfolgungsvorstellungen schon häufig, während in ihren Träumen nur Andeutungen wahrer Grössen-Ideen vorkommen (wohl niemals Umwandlungen der eigenen Persönlichkeit).

Die Erfahrung zeigt uns auch, dass beharrende Grössendelirien viel öfter mit motorischen Hirnstörungen verbunden sind als beharrende Depressiv-Delirien; erstere sind viel häufiger Ergebnisse palpabler Hirn-Erkrankung, letztere können lange fort aus sympathischer Hirn-Erregung oder sogar direct als Mitvorstellungen entstehen. Prognostisch freilich sind beide Classen, wenn ihr Beharren einmal eine gewisse Zeit überschritten hat, so ziemlich gleich schlimm; sie theilen auch hierin das Verhalten der Hallucinationen, welche nach einer gewissen Dauer die bekannte, uns bis jetzt

völlig unerklärliche Hartnäckigkeit und Unheilbarkeit (stete Neu-Erzeugung) zeigen.

Im Uebrigen kommen die Primordialdelirien der Depression und der Grösse in allen s. g. „Formen der Geisteskrankheiten“ vor, bei Melancholischen, Maniacis, Schwachsinnigen, Blödsinnigen, primär und secundär Verrückten, bei den hysterischen, epileptischen, paralytischen Formen, bei den frischesten Erkrankungen wie bei den ältesten Residuen. Dass ihre Stellung im Ganzen der psychischen Störung, und damit ihre Bedeutung doch eine ganz differente sein kann, ist oben schon erwähnt, kann aber hier nicht näher ausgeführt werden; das Wichtigste bleibt immer, ob und wie weit sie mit sensitiven und motorischen Hirnstörungen verbunden sind oder nicht. Ebenso ist auf die weitere logische Verarbeitung und die tausendfältigen Combinationen der Primordialdelirien, aus denen sehr häufig erst das concrete Irre-Reden des Geisteskranken hervorgeht, hier nicht weiter einzugehen.

Habe ich mich, m H.! verständlich gemacht mit diesen ersten Andeutungen? — Ich kann nicht erwarten, dass Ihnen schon alles klar sei, Sie müssten hierzu schon viele Kranke gesehen haben; aber Sie haben doch einen vorläufigen Begriff bekommen, was Sie auf der psychologischen Seite der Psychiatrie ungefähr erwartet.

Aber wenn ich nun jener ersten Wissbegierde über das kranke Seelenleben, die ich voraussetzte, in etwas entgegengekommen bin — Eines erlauben Sie mir noch, auch Ihrem ersten Gefühle bei den Kranken entgegenzukommen und ausser dem wissenschaftlichem Standpunkte Ihnen noch einen andern, den humanen, näher zu bringen. Glauben Sie nicht, dass er jemals mit dem wissenschaftlichen in Conflict kommen könne! Ihr erster Eindruck bei den Geisteskranken wird sicher der des menschlichen Mitgefühls sein. Wie traurig ist die Heiterkeit der Könige, das Glück der Götter des Irrenhauses! Wie viele dieser Unglücklichen sind ohne alle Schuld von ihrer Seite einer Krankheit, die Jeden, uns alle auch, befallen kann, zum Opfer geworden; wie viele sind einer verhängnissvollen angeborenen Disposition erlegen, durch die sie sich von Hause aus auf einer schiefen Ebene bewegten, die sie sicher nur abwärts führen konnte. Ihre cerebralen Actionen gingen anders vor sich als bei der grossen Mehrzahl der Menschen, die Eindrücke der Aussenwelt trafen ein anomal reagirendes Centrum, ungewöhnliche Spannungsverhältnisse der Vorstellungen, ungewöhnliche Stimmungen bildeten sich aus, lebhaftere Reizungen, raschere Ermüdungen traten ein, Gedankenbildungen mussten stehend werden, die beim normalen Menschen kaum als die flüchtigsten Einfälle auftauchen dürfen, und so waren diese Menschen dem nicht mehr gewachsen, was das Leben von einem gesunden Kopfe fordert. So ist vielen von ihnen immer alles misslungen, sie haben — wegen dieser mangelhaften Organisation — nur die dunkeln und bittern Seiten des Lebens kennen gelernt, endlich ist die Zeit gekommen, wo die Anomalie der Hirn-Reactionen eine Höhe erreicht hat, die sie als gemüths- und geisteskrank unzweifelhaft erkennen lässt. Manchmal beim Anblick dieser Kranken ergreift es uns dann, als ob das endliche Versinken für sie die endliche Ruhe von den Aufregungen und Stürmen des Lebens sei, eine Ruhe, die man ihnen gönnen möchte, wäre sie nicht mit dem grössten Unglücke,

das den Menschen treffen kann, mit dem Verluste der freien Selbstbestimmung erkauft.

Wie wenig würde es sich ziemen, von der Höhe unserer vielgeprie senen Vernunft herabzusehen auf ein Reden und Thun, das der Ausdruck dieses Unglücks ist. Nein, meine Herren! Unterdrücken Sie die Seelenbewegung nicht, die uns ergreift, wenn wir vor diesen Räthseln des Schicksals stehen, glauben Sie nicht, dass die menschliche Theilnahme erlöschen müsse, wo die wissenschaftliche Forschung beginnt. Weitgreifende Humanitätsfragen sind noch zu lösen auf dem Gebiete der Psychiatrie; die grossen Gedanken kommen aus dem Herzen; besser, hülfreicher werden Kopf und Hand an diesem Werke arbeiten, wenn Sie sich ein warmes Gefühl für das Unglück bewahrt haben.

VII.

Der heutige Stand der öffentlichen Irren-Fürsorge in Oesterreich.

Von Dr. Schlager,
Landesgerichtsarzt und Professor der Psychiatrie an der Universität zu Wien.

Der bis in die letzten zehn Jahre bei uns in Oesterreich in den verschiedenen Kronländern ungenügenden, öffentlichen Irrenfürsorge wurde im Laufe der letzten Jahre eine eingehendere Aufmerksamkeit zugewendet, indem einerseits noch vor dem Jahre 1861 — dem Zeitpunkte, zu welchem man anfing, die öffentlichen Landes-Irrenanstalten seitens der Staatsverwaltung an die Verwaltung der Landesvertretungen zu übergeben — in einzelnen Ländern seitens der Staatsverwaltung der Bau neuer Irrenanstalten angeregt und in Angriff genommen wurde, andererseits aber seit 1861 namentlich die Landesvertretungen einzelner Länder selbst der öffentlichen Irrenfürsorge ihre Aufmerksamkeit zugewendet haben.

Es dürfte vielleicht für die Fachcollegen nicht ganz ohne Interesse sein, in kurzer Uebersicht über die Bestrebungen und Leistungen auf diesem Gebiete einige Andeutungen zu erhalten.

Bis in die letzten Jahre war der Stand der öffentlichen Irrenfürsorge im Allgemeinen in Oesterreich ein wenig zufriedenstellender.

In den verschiedenen Kronländern des Kaiserstaates bestanden wohl Irrenabtheilungen in Verbindung mit anderen Krankenanstalten, in einzelnen Kronländern auch sogen. selbstständige Irrenanstalten; die einen, wie die anderen liessen aber bezüglich ihrer Lage und inneren Einrichtung sehr viel zu wünschen übrig, und nur die Irrenanstalt am Brünlfeld zu Wien und die Irrenanstalt zu Prag waren Asyle, die in dieser Hinsicht eine Ausnahme machten, indem man bei deren Anlage und Einrichtung den Anforderungen der Zeit möglichst Rechnung zu tragen bemüht war und namentlich für die Erbauung und Einrichtung der Irrenanstalt in Wien Seitens der österreichischen Regierung Geldmittel in der liberalsten Weise zugewendet wurden, so dass diese Anstalt im Beginne ihres Entstehens und unmittelbar nach ihrer Vollendung in der günstigsten Lage war, sich dauernd zu einer Muster-Irrenanstalt des Kaiserstaates herauszuentwickeln, sowohl bezüglich ihrer Einrichtung und Organisation, wie in Rücksicht der zu Gebote stehenden wissenschaftlichen und therapeutischen Hilfsmittel.

Im Jahre 1858 erfolgte die Publikation des Programms und die der Concursausschreibung für die Einbringung von Plänen für eine neu zu erbauende Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Ofen für 800 Irre auf dem sogen. Leopoldfelde — ein Kolossalbau, bestimmt zur Aufnahme der Geisteskranken aus dem gan-

zen Königreiche Ungarn, ein Lieblingsprojekt der damals massgebenden Persönlichkeiten — vom irrenärztlichen Standpunkte aus ein Missgriff, entsprungen dem damals auch in irrenärztlicher Hinsicht massgebenden Centralisationsgedanken — da es besser gewesen wäre, an verschiedenen Orten des grossen Ungarlandes zwei und drei kleinere Anstalten zu errichten, anstatt eine so kolossale, dem Laienpublikum allerdings imponirende Anstalt für 800 Kranke herzustellen. — Der Bau dieser grossen Anstalt, begonnen im Jahre 1859, ist wiederholt ins Stocken gerathen, ist aber nunmehr vollendet und es dürfte deren Eröffnung in nächster Zeit erfolgen. Die Bearbeitung des stellenweise felsigen Untergrundes, Wasserarmuth des Terrains und die zwingende Nothwendigkeit einer ausgedehnten Abgrabung des anstossenden, steil ansteigenden Berges um die nöthige Bauerde für das ausgedehnte Gebäude zu gewinnen, erschwerten die Bauführung — ebenso wie die wechselnden politischen Zustände Ungarns.

Ungefähr aus derselben Zeit, dem Jahre 1858, datiren die Bauprojekte für die Irrenanstalten zu Brünn für Mähren und Herrmannstadt für Siebenbürgen, jede für 200—250 Irre eingerichtet, welche Anstalten im Laufe weniger Jahre vollendet, nunmehr bereits in Benutzung stehen. —

Die Aenderung der politischen Zustände Oesterreichs im Jahre 1861 führte zur Uebergabe der öffentlichen Irrenanstalten, die bis dahin Kaiserlich Königliche Staats-Anstalten waren, in die Verwaltung der Landes-Vertretungen der einzelnen Kronländer; das Ministerium entäusserte sich seiner Einflussnahme auf diesen Zweig der öffentlichen Verwaltung und behielt der Staatsverwaltung nur die Oberaufsicht in medicinal-polizeilicher Hinsicht über die Landes-Irrenanstalten vor. Die Staats-Irrenanstalten wurden sog. Landes-Irrenanstalten und die ständigen Ausschüsse der Landes-Vertretungen, die sog. Landesausschüsse der Kronländer, sind nunmehr die unmittelbaren Ober- und Aufsichtsbehörden der Landes-Irrenanstalten. — Es bleibt eine beachtenswerthe Erscheinung, dass die Landesvertretungen mehrerer Kronländer nach Uebernahme der öffentlichen Irrenanstalten sogleich den Stand der Irrenanstalt einer eingehenden Berücksichtigung unterzogen, Sachverständige einberiefen, theils um die Errichtung und Ausführung neuer Irrenanstalten einzuleiten, theils um zweckentsprechende Adaptirungen der bestehenden Irrenanstalt und Reformen ihrer Organisation und inneren Einrichtung durchzuführen. Bereits im Jahre 1863 fasste der oberösterreichische Landtag in der Sitzung vom 27. Februar den Beschluss: Es sei eine der Würde des Landes entsprechende Irrenheilanstalt für Geisteskranke mit Berücksichtigung aller Erfordernisse, welche die Erfahrung und Wissenschaft für eine derlei Anstalt als nothwendig nachweist, herzustellen; der Landesausschuss sei dieserwegen zu beauftragen, eine Kommission, in welche auch zwei unbefangene, erfahrene, auswärtige Irrenärzte, dann ein Architekt und Baumeister aufzunehmen sind, zusammenzusetzen und dem nächsten Landtage über die Art der Ausführung unter Vorlage der Baupläne, des Vorausmasses und Kostenüberschlages, über die Erwerbung eines geeigneten Grundes oder Gebäudes, sowie über die Aufbringung der erforderlichen Geldmittel zu berichten; das ganze Projekt soll auf die Unterbringung von 200 Geisteskranken berechnet und derart eingerichtet werden, dass der Bau nach Massgabe des

Bedarfes ohne wesentliche Schwierigkeiten durch einen Zubau vergrössert werden könne.

In Folge dieses Beschlusses wurden nebst dem dirigirenden Primarzt der Linzer Irrenanstalt Dr. Knörlein als sachverständige Irrenärzte der Director der Irrenanstalt in Ybbs Dr. Spurzheim und Dr. Schlager aus Wien beigezogen. Es wurde von diesen drei Aerzten das Programm für den Bau der oberösterreichischen Landes-Irrenanstalt verfasst, dieses Programm wurde als Basis der Bauskizze angenommen und der Civilarchitekt Metz betraut mit der Ausarbeitung des Grundplanes, in Betreff dessen sich derselbe mit den vorgenannten irrenärztlichen Sachverständigen ins Einvernehmen setzte. Es wurde der Plan ausgearbeitet und die Ausführung dieses Baues nach dem vorgelegten Plane vom oberösterreichischen Landtage votirt, der Bau auf dem von den Aerzten und Technikern als geeignet bezeichneten Bauplatze in Angriff genommen und so rasch fortgeführt, dass die oberösterreichische Landes-Irrenanstalt nunmehr im Baue bereits vollendet, von den Kranken bereits bezogen werden kann.

Die Kosten des Baues mit Inbegriff des Grundankaufes und der inneren Einrichtung wurden auf 420,0000 fl. präliminirt, der Bau unter Aufsicht des Landes-Ausschusses ausgeführt, dabei die präliminirte Summe auch eingehalten. — Im Jahre 1864 wandte auch die Landesvertretung Steiermarks dem Irrenwesen ihre Aufmerksamkeit zu und es wurde eine Commission vonAerzten und Technikern berufen, um die geeigneten Vorlagen für die Erbauung einer Landes-Irrenanstalt auszuarbeiten; es wurden auch 2 Projekte dem steirischen Landesausschusse übergeben, bisher aber in dieser Frage keine weitere Entscheidung gefällt.

Der Landesausschuss in Kärnthen führte in der in den Räumen des Klagenfurter Krankenhauses befindlichen Irrenabtheilung zweckentsprechende Verbesserungen ein und der Landesausschuss des Herzogthums Krain wandte sich an den ärztlichen Verein Laibach's, um sich von demselben ein Gutachten über die durchzuführenden Reformen im Irrenwesen zu erbitten — worüber der ärztliche Verein ein gründlich gearbeitetes Gutachten und Vorschläge, bearbeitet von dem sehr thätigen Distrikts-Physiker Dr. Gauster, ehemals Secundararzt in der Wiener Irrenanstalt, beim Landesausschusse in Vorlage brachte; in diesem Gutachten wurde auf die dringende Nothwendigkeit der Errichtung einer Landes-Irrenanstalt für Krain hingewiesen. Dr. Gauster legte eine sehr eingehende statistische Arbeit bei über die Irren-Statistik Krains, welche Arbeit in der Zeitschrift von Schneider und Schürmaier publicirt worden ist, welche Zusammenstellung einen werthvollen Beitrag zur Irren-Statistik Oesterreichs abgiebt.

Auch der Landesausschuss des Königreiches Böhmen wendet der öffentlichen Irrenfürsorge seine Aufmerksamkeit zu; einerseits beschäftigte er sich mit Fragen, die sich auf die Durchführung von Reformen in der Prager Irrenanstalt bezogen, andererseits mit der Frage wegen Errichtung neuer Anstaltsräume im Lande, um in Böhmen den dringendsten Bedürfnissen der öffentlichen Irrenfürsorge abzuhelfen. In Tyrol kam gleichfalls die Ueberzeugung zum Durchbruch, dass im Interesse der öffentlichen Irrenfürsorge manche bauliche Reform nothwendig sei, es ist aber bisher nichts bekannt geworden, ob in dieser Richung bereits positive Anträge eingebracht worden sind.

Schon seit Jahren machte sich namentlich in Gallizien der Mangel einer guteingerichteten Irrenanstalt fühlbar, da die Irrenabtheilung in Lemberg den Anforderungen der Zeit nicht entsprach. Schon seit mehreren Jahren wurden in dieser Richtung Verhandlungen geflogen, sogar Pläne für eine neu zu erbauende Irrenanstalt bei Lemberg ausgearbeitet — es wurde aber diese Angelegenheit noch nicht zum Abschlusse gebracht, im Gegentheile wurde erst in der neuesten Zeit die Einberufung einer Commission beschlossen (dieser Commission wurde auch der Primararzt der Wiener Irrenanstalt Dr. Maresch, ein geborner Lemberger, beigezogen). Diese Commission dürfte im Laufe der nächsten Wochen zusammentreten, um die auf die Erbauung einer neuen Irrenanstalt in Lemberg bezughabenden Vorfragen und Verhandlungen zu erledigen. —

Auch in dem kleineren Kronlande Salzburg gab der Umstand, dass sich die Zahl der Irrsinnigen daselbst in der Art vermehrte, dass nicht alle im Irrenhause zu Salzburg wegen Raummangel untergebracht werden konnten, Anlass, dass sich der Landesausschuss des Herzogthums Salzburg für verpflichtet hielt, den dirigirenden Primararzt Dr. Zillner zur Abgabe eines Gutachtens aufzufordern, auf welche Art diesem Uebelstande mit den geringsten Kosten abgeholfen werden könnte.

Dr. Zillner hat in einem umfassenden und gründlichen Gutachten mehrere Abhilfsmittel vorgeschlagen, insbesondere die Adoptirung des sog. St. Rochus-Spitales zu einem Irrenhause. Ungeachtet dieser als zweckmässig anerkannte Vorschlag nur die bescheidene Summe von 40,000 fl. in Anspruch nehmen würde, erklärte der Landesausschuss wegen Mangel dieser für den Irrenhausfond unerschwinglichen Summe, auf die sehr zweckentsprechenden Vorschläge Dr. Zillner's nicht eingehen zu können und es wurde vom Landesausschusse der Antrag gestellt: der Landtag Salzburg's wolle bewilligen, dass jene in einer Gemeinde des Herzogthums Salzburg heimatberechtigten, mit einer Geisteskrankheit behafteten armen Personen, welche sich zwar nach §. 5 des Irrenhaus-Statutes vom Jahre 1859 zur Aufnahme in die Irrenanstalt eignen, aber daselbst wegen Raummangel nicht untergebracht werden können, vom 1. Jan. 1867 angefangen, auf Kosten des Lazarethfonds in dem Leprosenhause zu Salzburg und in der fürstlich Schwarzenberg'schen Kranken- und Versorgungsanstalt zu Schwarzach-Schornberg aufgenommen und verpflegt werden dürfen.

Dr. Zillner nahm Anlass, in seinem Gutachten auf die Unzweckmässigkeit von solchen Massregeln bei Organisirung des Irrenwesens hinzuweisen und betonte, dass ein Irrenhaus, welches nicht schon ursprünglich in solcher Voraussicht angelegt wurde, sich nicht, wie etwa ein Krankenhaus, durch Zubau oder Einbeziehung benachbarter Gebäude erweitern lasse, ohne den Heilzweck, die Hausordnung und eine wirksame Ueberwachung vollständig preiszugeben.

Bei Erörterung der Frage, in welcher Weise die für die Irren des Kronlands Salzburg erforderlichen Räumlichkeiten herzustellen seien, damit daraus eine Irrenanstalt werde, welche mit den geringsten Kosten doch alle Erfornisse einer Heilanstalt besitzt, zog Dr. Zillner auch die Frage wegen Errichtung einer Irrenkolonie in Verbindung mit der bis jetzt bestehenden Anstalt in Betracht; wie auch die Frage wegen Ankauf und Adaptirung eines benachbarten Oekonomiehofes.

Was die Errichtung einer Irrenkolonie in Verbindung mit der jetzt bestehenden Salzburger Irrenanstalt betrifft, so würde selbe, wie sich Z. diesfalls äussert, wenn ausführbar, nicht nur keine Bauführung erfordern, sondern auch in der Folge wahrscheinlich jährlich einen Theil der Verpflegungskosten ersparen, und wäre daher, vom rein finanziellen Standpunkte betrachtet, wahrscheinlich das einfachste und billigste Auskunftsmittel.

Eine Irrenkolonie entstände dann, wenn im Umkreise der Irrenanstalt von 1—2 Stunden die ruhigen und halbruhigen oder nur zeitweilig aufgeregten Irren, also etwa 100—110 an der Zahl bei Landleuten untergebracht würden, welche dafür die Verpflegungskosten erhielten, deren Arbeitskraft zu benützen berechtigt wären, übrigens aber den ärztlichen Anordnungen, die bei den wöchentlich 1—2maligen Besuchen zu geschehen hätten, in Betreff der Pflege und Behandlung der Irren nachzukommen verpflichtet wären.

Diesem System ständen aber nach Zillner, soweit sich dies ohne Versuch voraussehen lässt, folgende bedeutende Schwierigkeiten im Wege:

Das herrschende ‚Wirthschafts-System' welchem ein derlei Irrsinniger schwer als ein organisches Glied einzufügen wäre; das starre Dienstbotenwesen, die Ungelenkigkeit der Verkehrsformen des Gesindes, der Mangel an Lenksamkeit der Dienstboten, wie sich dies ja selbst in der Irrenanstalt bisweilen zu erkennen gebe; die herrschende Trunksucht oder der häufige Wirthshausbesuch von Herren und Dienern beiderlei Geschlechts; die Nähe einer grossen Stadt, endlich der Abgang einer grossen Zahl kleiner Wirthschaften mit Spatenkultur, bei welcher der Hausvater den Pflegling fast stets um sich haben und beaufsichtigen könnte. Wie Dr. Zillner meint, liessen es diese Umstände einzeln und in ihrer Gesammtheit als höchst wahrscheinlich erwarten, dass das Loos der Geisteskranken bei solchem System im Salzburgschen nur ein höchst trauriges, ähnlich dem sog. Einlieger sein würde, was natürlich auch auf den Geisteszustand nur ungünstige Folgen haben müsste und gegen die Methode, die Irren in gar keine Anstalt aufzunehmen, ihre Pflege und Behandlung auf die Angehörigen und Gemeinden hinüber zu wälzen, kaum irgend einen humanitären Vortheil versprechen würde.

Für eine Irrenkolonie wäre daher nach Zillner's Ueberzeugung in Salzburg bei den dargestellten Verhältnissen keine Wahrscheinlichkeit eines günstigen Erfolges abzusehen.

Bezüglich des Ankaufes und der Adaptirung eines von der Salzburger Irrenanstalt nicht zu entlegenen Oekonomiehofes zu Irrenzwecken äusserte sich der Salzburger Landesausschuss in nachstehender Weise.

Zwei wichtige Gründe würden nach Dr. Zillner's Gutachten ein derartiges Projekt empfehlen, und zwar die Nothwendigkeit, bei der Erweiterung der Irrenanstalt überhaupt auf ein Auseinanderrücken der Baulichkeiten zu denken, da 120—150 Irre, mit dem dazu nöthigen Hilfspersonale, ohne Gefahr beständiger Epidemieen nicht in den zwei gedrängt stehenden jetzt benützten Häusern angehäuft werden können, aus Gründen, die theils an und für sich klar sind, theils bereits angeführt wurden (hygienischen Rücksichten); dazu die weitere Nothwendigkeit, für die erwähnte Anzahl von Heilingen und Pfleglingen, die wenigstens zu vier Fünftheilen einer Ackerbau-Bevölkerung entstammen, die unentbehrliche Gelegenheit passender Beschäftigung herzustellen. Spinnen, Waschen, Rosshaarzupfen, Nähen, Küchen- und Hausarbeit genügen

und passen bei Weitem nicht für Alle, die Holzarbeit, die in jüngster Zeit in der Salzburger Irrenanstalt eingeführte Gartenarbeit beschäftigen auch nur für gewisse Zeit ein kleines Bruchstück des Irrenstandes. Die Arbeiten im Stalle und auf dem Felde wären, bei den salzburgischen Verhältnissen, wohl ein so unumgängliches, weil den meisten geläufiges Bestandstück des Beschäftigungskreises, dass gerade die Salzburger Irrenanstalt dasselbe ohne beträchtlichen Nachtheil in den Heilungserfolgen nicht entbehren könnte. Wie Dr. Zillner ausdrücklich bemerkt, sei die allmählig zunehmende Unruhe in der Irrenanstalt neben ihrer Ueberfüllung dem leidigen Umstande zuzuschreiben, dass es für Manche bereits an passender Arbeit gebreche. Da es durchaus unwahrscheinlich sei, dass ein Oekonomiehof in der Nähe der Irrenanstalt sowohl die erforderliche Ausdehnung, als auch Einrichtung der Baulichkeiten besässe, so wären in diesem Falle ausser den Ankaufskosten auch Bauführungen von beträchtlichem Umfange vorauszusehen und bei der Kostenberechnung in Anschlag zu bringen, worüber, wenn eine solche Eventualität in Aussicht genommen würde, selbstständige Erhebungen gepflogen werden müssten. Dr. Zillner macht dann seine Vorschläge, wie im Hinblick auf die bestehenden lokalen Verhältnisse und die ungünstigen finanziellen Verhältnisse am zweckentsprechendsten den dringendsten Bedürfnissen der öffentlichen Irrenfürsorge abgeholfen werden könnte, und hebt hervor, dass mit Rücksicht auf das Bedürfniss des Landes die Irrenanstalt nicht unter 140 Irre zweckmässig unterbringen könne und dass jeder Erweiterungsplan, der eine kleinere Zahl ins Auge fasste, nur als eine provisorische Massregel anzusehen sei, die für einige Jahre versorge und schliesslich die Errichtung einer zweckmässigen Irrenanstalt, die dereinst doch nöthig ist, vertheuere und erschwere. Dr. Zillner hat in seinem Gutachten in recht klarer Weise das System der Irrenkolonie und das System der Verbindung eines Maierhofes mit einer Irrenanstalt, welch' letzteres System von manchen Irrenärzten auch als System der Irrencolonisation bezeichnet wird, entwickelt und in ihrer Zu- oder Unzulässigkeit für die Verhältnisse Salzburgs dargelegt.

Die Errichtung einer Irrenkolonie im letztgenannten Sinne will Dr. Czermek in der mährischen Landes-Irrenanstalt in Brünn zur Durchführung bringen, wie er dies in seinem Werke (Die mährische Landes-Irrenanstalt bei Brünn, ihre bauliche Einrichtung, ärztliche Gebahrung und Statistik) hervorhob, in dem er pag. 46 bemerkt, „dass, sollte der Bedarf nach Belagraum bei wachsendem Krankenstande sich steigern, im Projecte sei, die Waschanstalt anderweitig unterzubringen und das Wirthschaftsgebäude zu einer Colonie für 50—60 Pfleglinge einzurichten. Diese Colonie wäre dann mitten in der Feldwirthschaft als eine grosse Maierei ausgestattet, ausser dem Verschlusse der Anstalt gelegen und würde durch die Ausführung dieses Projectes den an derlei Einrichtungen gegenwärtig gestellten Anforderungen vollkommen entsprechen."

Da heute die Frage wegen Errichtung von Irren-Colonieen so sehr in den Vordergrund trat, ist es gewiss nothwendig, sich über den Begriff, über das Wesen einer Irrencolonie vollkommen klar zu sein und unter dem Begriff „Irrencolonieen" nicht ganz wesentlich verschiedene Einrichtungen zusammenzufassen. — Das von Dr. Czermak für die Brünner Irrenanstalt empfohlene System ist eben nichts anderes, als die Einrichtung, die man als Ferme agri-

cole bezeichnet, d. i. die Verbindung einer bestehenden Irrenanstalt mit einem ausserhalb des Verschlusses des Anstaltsgebäudes gelegenen Wirthschaftshofe, in dem speciell arbeitsfähige Kranke unter Aufsicht einzelner Wärter bei Wirthschafts- und Feldarbeiten beschäftigt werden. Diese Einrichtung ist aber nicht identisch mit der Einrichtung wie selbe in der Irrencolonie zu Gheel besteht, die man als Muster und Vorbild für zu errichtende Irrencolonieen hinstellt. Dadurch, dass man bei einer Irrenanstalt einen Wirthschaftshof, eine Meierei aufführt und zwar ausserhalb des Versehlusses der Anstalt und dort unter Aufsicht von Wärtern oder Wärterfamilien arbeitsfähige Geisteskranke unterbringt, hat man noch keine Irrencolonie geschaffen, die jene wesentlichen Einrichtungen zeigt, wie selbe in der Colonie zu Gheel bestehen, in welcher die Gesammtbevölkerung der Campine, des Marktes Gheel und der umliegenden 16 Dörfer direct oder indirect die gewiss sehr anerkennenswerthe Aufgabe zu realisiren sucht, Geistesgestörten die Vortheile der sog. familialen Behandlung zuzuwenden. Durch die blosse Verbindung eines Meierhofes mit einer Irrenanstalt findet aber nicht einmal das familiale Behandlungssystem der Irren nothwendig seine Durchführung — dadurch, dass 20—30—40 Irre in einer Meierei einlogirt sind, ist das System der familialen Irrenbehandlung noch nicht realisirt, das System der familialen Verpflegung und Behandlung setzt als nothwendige Bedingung voraus, dass nur einzelne Kranke je 1, 2, 3 bei mehreren Familien in Verpflegung im Familienkreise leben.

Von diesem Standpunkte aus lässt sich auch das von Director Dr. Czermak dem niederösterreichischen Landesausschuss überreichte Project betreffend die Errichtung einer Irrencolonie für Niederösterreich nicht als ein solches bezeichnen, welches in seiner Durchführung eine Irrencolonie darstellen würde. — Eine eingehende Beurtheilung der von Dr. Czermak diesfalls gemachten Vorschläge zeigt, dass derselbe im Grunde nur die Errichtung einer geschlossenen, aus mehreren grösseren Gebäuden bestehenden, mit grossem Grundcomplexe dotirten Irrenanstalt beantragt, in welcher die Kranken zu 20, 40, 100 in einem Gebäude vereiniget, unter der Aufsicht von Wärtern leben und zu den verschiedensten Handarbeiten und Feldbaubeschäftigung angehalten werden. — Die arbeitsfähigen Irren werden in jeder gut organisirten Irrenanstalt beschäftigt, womöglich auch mit Gartenarbeit und Feldbau; die Grösse der geschlossenen Irrenanstalten, die grosse Zahl der Kranken in denselben macht aber die Durchführung der familialen Behandlung der hierfür geeigneten Kranken hänfig unmöglich und diesem Mangel soll nach den heutigen Ansichten abgeholfen werden, dadurch, dass man in der unmittelbaren Umgebung einer Irrenanstalt allmählich geeignete Familien heranzuziehen sucht, die ruhige und für die Familienpflege geeignete Irre unter Aufsicht der Anstaltsärzte in Verpflegung nehmen in so lange bis diese Kranken wieder geeignet erscheinen in die eigene Familie zurückzukehren. In diesem Sinne fasse ich das System der familialen Irrenverpflegung und Irrenbehandlung auf, welches sich wohl wesentlich von dem Projecte unterscheidet, 30, 40 und noch mehr Irre in einem angekauften Meierhofe unter Aufsicht von Wärtern unterzubringen und mit Feldarbeit zu beschäftigen. —

Aber nicht blos in den entfernteren Kronländern der Monarchie, auch in dem Kronlande Niederösterreich, im Mittelpunkte des Reiches, in der Haupt-

und **Residenzstadt Wien** wandte die Landesvertretung dem Irrenwesen ihre Aufmerksamkeit zu und fasste in der Sitzung vom 14. Februar 1866 den Beschluss, den bisher als Pflegeanstalt benützten Irrenthurm aufzulassen und für die Unterbringung der Irren in entsprechender Weise vorzusorgen.

Darüber, dass der Irrenthurm für die Unterbringung von Geisteskranken nicht länger benützt werden solle, da sich dieses Gebäude in keiner Weise für diesen Zweck eignet, darüber herrscht wohl keine Meinungsverschiedenheit und selbst jene, die noch vor wenigen Jahren die Durchführung von baulichen Adaptirungen des Irrenthurmes beantragten, erklären nun, der Irrenthurm eigne sich nicht weiter für die Unterbringung von Irren. Dagegen machte sich eine entschiedene Differenz in den Ansichten geltend darüber, in welcher Weise nach Auflassung des Irrenthurmes am zweckmässigsten für die Irren Niederösterreichs und der Haupt- und Residenzstadt Wien vorgesorgt werden solle.

Es ist zur Beurtheilung des Sachverhaltes nothwendig hier zu betonen, dass in den bezughabenden Landtagsverhandlungen eine sehr bedeutende Majorität der Landesvertretung in ganz bestimmter Form den Entschluss kund gab, dass bei Lösung dieser Frage selbstverständlich den finanziellen Rücksichten Rechnung getragen, allein dasjenige zur Durchführung gebracht werden solle, was nach den Anforderungen der Wissenschaft und der Humanität bezüglich der Kranken-Verpflegung und Krankenbehandlung nothwendig ist, so dass die Schwierigkeiten, die bei Lösung dieser Fragen entgegentraten, nicht im Schosse der Landesvertretung zu suchen sind, sondern in den Anschauungen der von der Landesvertretung mit der Berathung dieser Frage betrautem irrenärztlichen Sachverständigen und demnach der niederösterreichischen Landesvertretung nicht der Vorwurf gemacht werden darf, dass sie engherzig aus Kostenrücksichten nicht zugelassen habe, die vorberührte Frage in der zweckentsprechendsten Weise zu lösen. Der niederösterreichische Landtag ist sich seiner Verpflichtung klar bewusst, dass er in einer den Anforderungen der Zeit entsprechenden Weise für die Geisteskranken sorgen müsse, und derselbe hält es für eine Ehrensache, dass er in dieser Hinsicht nicht hinter den Leistungen viel kleinerer, in gleich bedrängter finanzieller Lage befindlicher Kronländer zurückbleiben könne. —

Die Wiener Irrenhaus-Direction brachte nach dem im Februar 1863 in der Irrenanstalt erfolgten Besuche Sr. Majestät des Kaisers einen Antrag beim Staatsministerium und eine Denkschrift bei Sr. Majestät dem Kaiser ein, worin sie den Antrag zur Genehmigung unterbreitete, neben der Irrenanstalt vom Brünlfelde, die damals 550 Irre enthielt, statt des aufzulassenden Irrenthurmes auf dem Grunde dieser Anstalt noch eine Pflegeanstalt für 300 Irre zu erbauen, so dass die Wiener Irrenanstalt für 850 Kranke erweitert werden sollte. Diesen Antrag stellte die Irrenhausdirection später, nachdem die Verwaltung der Anstalt an die Landesvertretung übergegangen war, auch beim niederösterreichischen Landesausschusse, der dieses Project dem Landtage zur Annahme empfahl.

In der Landtagssitzung vom 14. Februar 1866 wurde dieser Antrag vom Finanzausschusse gleichfalls in Hinblick auf die von der Irrenhaus-Direction erhaltenen Informationen auf's Wärmste empfohlen. Als jedoch von dem Landtagsabgeordneten Dr. **Zelinka**, dem Bürgermeister von Wien, und von dem

Abgeordneten Dr. Hoffer gewichtige Bedenken gegen dieses Project vorgebracht wurden, namentlich die Nachtheile so grosser inmitten dicht bevölkerter Stadttheile gelegener Irrenanstalten, als sie hinwiesen auf die in hohem Grade störende unmittelbare Nachbarschaft der grossen Kesselfabrik mit schweren Dampfhämmern, die von der Anstalt kaum 150 Schritt entfernt ist, ferner, dass das Gebiet der Wiener Irrenanstalt für die entsprechende Anlage eines solchen Zubaues und für die entsprechende Beschäftigung der Kranken unzureichend sei — wurde der von Dr. Zelinka gestellte Antrag mit grosser Majorität angenommen, der dahin lautete, der Landtag wolle beschliessen:

1) Der gegenwärtig als Pflegeanstalt für Irre bestehende Irrenthurm wird aufgelassen.

2) Der Landesausschuss sei zu beauftragen: derselbe habe eine Commission zusammen zu setzen, in welche auch wenigstens zwei in der Wiener Irrenanstalt nicht angestellte, unbefangene Irrenärzte aufzunehmen sind. Diese Commission habe sich über die Frage auszusprechen:

a. Ob eine von der Wiener Irrenanstalt unabhänginge Irrenheil- und Pflegeanstalt in Wien oder ausser Wien zu erbauen sei, oder ob

b. eine neue Pflegeanstalt für Irre in relativer Verbindung mit der Irrenheilanstalt in Wien zu erbauen sei; ferner habe die Commission über die Wahl des Bauplatzes, sowie über die Ausführung des Baues zu berathen und nach dem Ergebnisse dieser Berathung habe der Ausschuss sohin das geeignete Bau-Project nebst den entsprechenden Kostenüberschlägen verfassen zu lassen und dem Landtage in der nächsten Session Bericht zu erstatten, in welchem Berichte auch auf die Administrations- und Verpflegungskosten in der doppelten Richtung Rücksicht zu nehmen sein wird, je nachdem ein Zubau zu der dermaligen Irrenanstalt oder der Bau einer neuen Irrenheil- und Pflege-Anstalt beliebt werden sollte.

In Folge dieses Beschlusses wurden vom niederösterreichischen Landesausschusse die Doctoren Regierungsrath v. Riedel, Director der Wiener Irrenanstalt, Regierungsrath Ritter v. Schroff, Professor der Pharmacologie, Professor Dr. Leidesdorf, Director der Privat-Irrenanstalt in Oberdöbling, Dr. Spurzheim, Director der Irrenanstalt in Ybbs und Dr. Schlager zur Berathung dieser Angelegenheit berufen. — Dr. Riedel legte seine dem Landtage schon früher empfohlenen Projecte vor, nämlich eine Pflegeanstalt in Form eines selbstständigen Gebäudes auf dem verpachteten Felde der Heilanstalt für wenigstens 300 Irre III. Classe zu errichten. Die Professoren Schroff und Leidesdorf empfahlen dieses Project aufs Wärmste; Director Dr. Spurzheim sprach sich dahin aus, dass er bei einer Zahl von 850 Kranken die einheitliche Leitung und zweckentsprechende Behandlung der Kranken für unmöglich halte und ich sah mich veranlasst nebst anderen Nachtheilen, die aus der Concentrirung von nahezu 900 Geistes-Kranken in einer inmitten dicht bevölkerter Stadttheile gelegenen Irrenanstalt resultiren, noch auf die höchst störende Nachbarschaft der unmittelbar an das betreffende Anstaltsgebiet anstossenden Maschinenfabrik hinzuweisen und auf die ungenügende Grösse des Bauplatzes und der Gartenräume, und verlangte die Vorlage einer genauen Vermessung des Anstaltsgebietes.

Es wurden weitere Erhebungen gepflogen und hierdurch ermittelt, dass

das Anstaltsgebiet, nicht wie von der Irrenhaus-Direction behauptet wurde 63—66 niederösterreichische Joch umfasse, sondern nur 35 Joch; es wurde weiterhin ermittelt, dass über den Platz, auf welchem die Direction die Erbauung der Pflegeanstalt projectirte, die äussere Gürtelstrasse Wiens geführt wird, dass durch die Führung der Gürtelstrasse mehr als 6000 □° von dem Anstaltsgebiet entfallen und dass der Bautechniker erklärt, dass auf dem heutigen Gebiet der Wiener Irrenanstalt kein genügender Raum vorhanden sei, um auf demselben den Neubau einer Pflegeanstalt auszuführen. — Im Monate Juli d. J. trat die Commission der Sachverständigen neuerdings zusammen und es wurde von der Irrenhaus-Commission ein neues Project vorgelegt, dahin abzielend, die Wiener Irrenanstalt durch einen Zubau für 300 Irre zu vergrössern. — Auch dieses Project wurde ohne Rücksichtsnahme auf die von Sr. Majestät dem Kaiser bereits vor längerer Zeit genehmigte Führung der äusseren Gürtelstrasse Wiens beantragt, und von den DDr. v. Schroff, Riedel und Leidesdorf lebhaft empfohlen. — Director Spurzheim erklärte sich gegen einen so grossen Zubau und ich bekämpfte dieses Project aus schon früher geltend gemachten Gründen, wegen Unzulänglichkeit des Raumes, unmittelbarer Nachbarschaft der Gürtelstrasse und Maschinenfabrik, wie auch aus anderen Gründen — so waren gar keine Werkstätten, keine Plätze für Kranke I. und II. Klasse, keine eigenen Gärten für die im Zubau untergebrachten Kranken beantragt, in den 1076 □° grossen Garten für unruhige Kranke sollten die Fenster von 81 Tobzellen auf jeder Seite einmünden — namentlich erklärte ich es für unzulässig, gar keine Plätze für Kranke I. und II. Klasse zu errichten und diese Kranken lediglich auf die Privat-Irrenanstalten anzuweisen. — Ich beantragte die Errichtung einer von der Wiener Irrenanstalt unabhängigen, ausserhalb der Linien Wiens, ¾—1½ Stunden entfernt liegenden Irrenanstalt für 350 heil- und unheilbare Kranke (300 III. Klasse, 50 Plätze I. und II. Klasse) in solcher Lage, dass es möglich erscheint, in Verbindung mit derselben das System der familialen Irrenbehandlung zur Durchführung zubringen.

Gegen diesen Antrag sprachen sich insbesondere Regierungs-Rath Dr. Riedel und Prof. Dr. Leidesdorf aus; namentlich erklärten sich dieselben sehr entschieden gegen die Errichtung von Plätzen I. und II. Klasse: es sei dies nachtheilbringend in verschiedenen Richtungen, es gezieme sich nicht für eine öffentliche Irrenanstalt, aus der Verpflegung bemittelter Kranker einen Nutzen zu ziehen, die reichen Leute sollen für sich selbst sorgen und ihre Kranken den Privat-Irrenanstalten übergeben — (in denen die Verpflegungskosten mindestens doppelt so hoch sind als in der öffentlichen Irrenanstalt). Ungeachtet durch die Vorlagen der Irrenanstalts-Direction selbst ziffermässig nachgewiesen vorlag, dass in der Wiener Irrenanstalt aus der Verpflegung von Kranken I. und II. Klasse im Jahre 1865 nach Abzug aller Ausgaben für dieselben ein Reingewinn von mehr als 13,000 fl. erzielt worden ist und bei Besetzung aller Plätze, die jetzt zum Theil von Kranken III. Klasse benützt sind, pr. Jahr ein Reingewinn von 21,000 fl. zu erzielen ist und nachgewiesen wurde, dass alle Plätze II. Klasse besetzt sind, auch im Laufe von 7 Jahren in den Privat-Irrenanstalten Wiens die Zahl der Plätze um 150 sich vermehrte, erklärten die genannten Commissions-Mitglieder die Errichtung von Plätzen I. und II. Klasse in einer öffentlichen Irrenanstalt für unzulässig. Dr. Leidesdorf befürwortete die Errichtung einer grossen Irrenanstalt, „es

sei spielend eine Anstalt von 800 und 1000 Kranken zu leiten", grosse Anstalten böten günstigere Resultate als kleinere (die Wiener Irrenanstalt am Brünlfelde ist übrigens dermalen schon auf 550 Irre eingerichtet), demnach stehe nichts entgegen die Irrenanstalt am Brünlfelde durch einen Zubau für 800—1000 Kranke zu erweitern. Der Hinweis, dass man in Deutschland allenthalben die Errichtung kleinerer Anstalten höchstens für 400 Irre befürwortet, ist nach Dr. Leidesdorf nicht massgebend: für eine so grosse Stadt wie Wien brauche man eine grosse Irrenanstalt, und schliesslich empfahl er die Annahme des von der Stadtgemeinde Klosterneuburg gestellten Ansuchens, derselben ein unverzinsliches Darlehn von 20,000 fl. auf 20 Jahre zu gewähren und ihr dann die Verpflegung von 200—300 unheilbaren Irren zu verpachten, da sich die hierfür projectirten Räume im dortigen städtischen Spitale ganz gut eignen. Die beantragten Adaptirungs-Vorschläge dieses Gebäudes sind mir bisher nicht bekannt geworden. Die dermalen dortselbst für die Unterbringung von 105 Irren benützten Raume dürften sich in ihrer jetzigen Beschaffenheit für eine dauernde Unterbringung der Kranken kaum eignen, da dieselben im Dachbodenraume eines höchst feuergefährlichen, mit Schindeln gedeckten Gebäudes untergebracht, nur 7 Schuh hoch sind, so dass Kranke, die sich in ihrem Bette aufstellen, mit ihrem Kopf den Plafond berühren, für eine grössere Zahl von Kranken die vorhandenen Gartenanlagen dermalen ungenügend sind, Arbeitsräme, Speisesäle, Isolirzimmer ganz fehlen.

Die Benützung der Irrenabtheilung zu Klosterneuburg wurde schliesslich auch von der Irrenhaus-Direction als zulässig bezeichnet, da sich Director Dr. Spurzheim mit Bestimmtheit dahin aussprach, dass er bei der Wiener Irrenanstalt im äussersten Falle der Noth nur einen Zubau für 160 Kranke als zulässig halte. Uebrigens wurde sowohl von Director Dr. Spurzheim, wie von Regierungs-Rath Professor v. Schroff die Errichtung von Plätzen für Kranke II. Klasse als absolut nothwendig erklärt.

Die Commissions-Mitglieder hatten auch in Betreff des von Director Dr. Czermak eingereichten Programmes für Errichtung einer in Niederösterreich zu errichtenden Irrencolonie ihr Gutachten abzugeben. — Die Commissions-Mitglieder sprachen sich einstimmig dahin aus, dass die Ausführung des von Dr. Czermak eingebrachten Projectes zur Errichtung einer Irrencolonie nicht zur Annahme empfohlen werden könne, man wies aber darauf hin, dass es wünschenswerth erscheine, mit bereits bestehenden und neu zu errichtenden Irrenanstalten das System der Irrencolonisation in Verbindung zu setzen; es wurde übrigens im Laufe der Verhandlung bemerkt, dass die Durchführung einer solchen Verbindung bezüglich der Irrenanstalten zu Wien und Ybbs kaum möglich sei. —

Die Verhandlungen der vom niederösterreichischen Landesausschuss berufenen Commission von irrenärztlichen Sachverständigen hat demnach kein übereinstimmendes Resultat zu Stande gebracht. — Die Irrenhaus-Direction hat der Reihe nach 3 verschiedene Anträge vorgebracht, von denen sich der erste einfach schon wegen Mangel der erforderlichen Bauarea als unausführbar erwies, die gegen die später eingebrachten Anträge auf Ausführung eines Zubaues vorgebrachten Bedenken wurden nicht widerlegt, der von mir gestellte Antrag, eine neue Irrenanstalt ausserhalb der Linien Wiens zu errich-

ten, fand namentlich Seitens des Vorstandes der Wiener Irrenanstalt, Dr. Riedel und des Directors einer Privatanstalt Dr. Leidesdorf, Widerspruch. Das von Dr. Leidesdorf empfohlene Project, das städtische Spital in Klosterneuburg für Unterbringung von 200—300 Irre zu benützen, kam im Schosse der Commission nicht weiter zur Berathung. Es hat demnach der Landesausschuss die Aufgabe, die ihm vorgelegten Projecte zu prüfen und zu entscheiden, welchen der gestellten Anträge er dem Landtage zur Annahme empfehlen wird.

Wie schon angedeutet, gaben die in Betreff der Auflassung des Irrenthurmes in Wien von Seite des niederösterreichischen Landesausschusses gepflogenen Verhandlungen dem Director der mährischen Landes-Irrenanstalt zu Brünn Dr. Czermuk Anlass, dem niederösterreichischen Landesausschuss ein Programm für eine in Niederösterreich zu errichtende Irrencolonie zu übergeben. Dr. Czermak beantragte zu diesem Behufe den Ankauf eines Grundbesitzes in einer landschaftlich schönen Gegend gelegen, wirthschaftlich vollkommen arrondirt, mit fruchtbaren, zu einem intensiven landwirthschaftlichen, sowie zu Garten- und Obstbau geeigneten, mit Wasser reichlich versehenen und gegen alle elementaren schädlichen Einflüsse möglichst geschützten Boden, in der Nähe einer Eisenbahnstation, um den Absatz der in der Colonie erzeugten von ihr nicht verbrauchten Erzeugnisse zu erleichtern. Die Colonie habe einen Complex von 300 Joch Aecker, Wiesen und Gärten, dann gegen 300 Joch Waldfläche zur Bearbeitung und Ausnützung zu umfassen. Im Centrum dieser Grundfläche seien die Gebäude zur Aufnahme für die Administration, für die Kranken und die Wirthschaft zu errichten — und zwar für je 20 männliche und je 20 weibliche Pensionaire zwei Landhäuser; 100 weibliche mit Hausarbeiten beschäftigte Kranke seien im Administrationsgebäude unterzubringen; 100 weibliche Kranke seien in den Wirthschaftshöfen der Colonie zu vertheilen; 60 männliche Kranke in dem Gewerkhause, in dem sich alle Werkstätten befinden; 140 männliche Kranke sind in den Wirthschaftshöfen zu vertheilen; für je 10 bettlägerige, leicht erkrankte männliche und weibliche Kranke sei in dem Administrationsgebäude Raum herzustellen; der Director habe im Hause der weiblichen Pensionäre, der 1. Arzt im Hause der männlichen, der 2. Arzt und Rechnungsführer im Administrationsgebäude, der Oekonom und Concipist in den Wirthschaftshöfen zu wohnen, die Wartindividuen in der Nähe der Kranken. — Die Aufnahme der Kranken geschehe durch den Director, indem er nach seinem Ermessen die für die Colonie tauglichen Individuen von dem Krankenstande der Wiener und Ybbser Irrenanstalt während seiner daselbst von Zeit zu Zeit vorzunehmenden Visiten auswählt — bei leichten Erkrankungen bleiben die Kranken in der Colonie, bei eingetretenen schwereren und ansteckenden Erkrankungen werden dieselben in die Wiener Irrenanstalt abgegeben. Besuche von Fremden in der Colonie sind von der Erlaubniss des Directors abhängig. Die Gehalte der 3 Aerzte sind zu 4000 fl., 2000 fl. und 1000 fl. beantragt, die Gehalte von 3 Beamten zusammen 2400 fl., Wäschebesorgerin 600 fl., 3 Seelsorger (katholisch, protestantisch und israelitisch) zusammen 1000 fl.

Der Ankauf des Grundbesitzes von 600 Joch sammt Gebäuden, fundus instructus, wurde auf 200,000 fl. angesetzt; für Herstellung der zur Unterbringung von 450 Kranken und der für die Administration erforderlichen Ge-

bäude wurden 50,000 fl. veranschlagt; der Reingewinn des landwirthschaftlichen Betriebes wurde auf 6000 fl. pr. Jahr, die Verwerthung der Arbeitskräfte der 450 Irren auf 30,000 fl. pr. Jahr veranschlagt und so die Schlussfolgerung deducirt, dass ein Colonist den Landesfond im Jahre auf 93 fl. 33 kr. zu stehen komme, somit pr. Tag und Kopf $25^{56}/_{100}$ kr.

Da Dr. Czermak selbst erklärte, dass er dieses Programm ohne Rücksicht auf ein bestimmtes Object abgefasst, ohne Rücksicht auf den Umstand ob und welche Gebäude bereits vorhanden seien, und da diese Ziffernansätze ohne Rücksichtsnahme auf die hier landesüblichen Wirthschaftsverhältnisse, Arbeitslöhnung, Lebensmittelpreise, Kulturverhältnisse u. s. w. hingestellt werden mussten, so war es wohl nicht möglich diese Berechnungen selbst als nur approximativ thatsächlich zutreffend anzuerkennen, so dass man dieses Project schon dieserhalb, abgesehen von manch' anderen gewichtigen Bedenken nicht als ein solches bezeichnen konnte, um selbes dem niederösterreichischen Landesausschusse zur Ausführung anzuempfehlen.

Aus den hier gegebenen Andeutungen lässt sich entnehmen, dass man bei uns in Oesterreich im Laufe der letzten Jahre in den verschiedenen Kronländern des Kaiserstaates Seitens der Landesvertretungen dem dringendsten Bedürfnisse der öffentlichen Irrenfürsorge durch die Errichtung neuer Anstalten oder Einleitung hierauf bezüglicher Verhandlungen möglichst Rechnung zu tragen bestrebt ist Dadurch dass man in richtiger Würdigung der Verhältnisse in den verschiedenen Landesanstalten auch für zweckentsprechende Unterbringung von Kranken aus bemittelten Ständen Vorsorge getroffen hat und zu treffen beabsichtigt, wird es ermöglicht, einerseits auch bemittelten Kranken die grossen Vortheile öffentlicher Irrenanstalten zuzuwenden, andererseits aber durch die Verpflegung von Pfleglingen bemittelter Stände die aus den öffentlichen Landesfonds zu bestreitenden Kosten für die Dotation der öffentlichen Irrenanstalten zu verringern; es wird aber durch die so geschaffene Concurrenz namentlich auch eine sehr vortheilhafte Rückwirkung auf die Verpflegung der Irren in Privat-Irrenanstalten geschaffen, wenn bemittelte Kranke nicht mehr ausschliesslich auf die kostspielige Verpflegung in einzelnen wenigen, meist ganz besetzten Privat-Irrenanstalten angewiesen sind.

In Bezug auf die innere Organisation einzelner Anstalten erscheint wohl die Durchführung mancher Reformen wünschenswerth; es ist übrigens auch in dieser Richtung von Seite einzelner Landesvertretungen bereits der erste Schritt geschehen Ein wesentlicher Vortheil würde es sein, wenn sich die Landesausschüsse der verschiedenen Kronländer über gewisse allgemeine Grundsätze der öffentlichen Irrenverpflegung vereinigen möchten, namentlich in Betreff der Aufnahme, Verpflegung, Transferirung von Irren, die nicht in dem Kronlande heimathszuständig sind, in dessen Irrenanstalt sie aufgenommen oder verpflegt werden sollen; ebenso wäre es im Interesse der Irrenverpflegung, wie auch in Rücksicht der Administration der Landes-Irrenanstalten sehr vortheilhaft, wenn die Landesvertretungen die Anstalts-Directionen der Landes-Irrenanstalten beauftragen würden, alljährlich einen Bericht zu erstatten und zwar nach bestimmten für alle Kronlandesanstalten gleichen, gemeinsam vereinbarten Gesichtspunkten — eine Massregel die nicht nur in wissenschaftlicher, sondern auch in finanzieller, wirthschaftlicher und gesellschaftlicher Hinsicht von grossem Nutzen sein würde. Sie könnte dadurch er-

reicht werden, dass durch das gemeinsame Zusammenwirken der mit dem Referate über das Irrenwesen betrauten Mitglieder der verschiedenen Landesvertretungen und der Irrenärzte der einzelnen Kronländer diese allgemeinen Gesichtspunkte vereinbart und angenommen würden, wobei es jedem einzelnen frei stehen würde, noch die in Rücksicht besonderer Landesverhältnisse bestehenden Detailangaben aufzunehmen.

Es liesse sich hierdurch in verhältnissmässig kurzer Zeit bezüglich der für die öffentliche Irrenverpflegung allerwärts nothwendigen Einrichtungen ein übereinstimmendes Vorgehen erzielen und manche Kosten in Ersparung bringen, die ohne der Irrenpflege Nutzen zu bringen, dann unvermeidlich sind, wenn bezüglich dieser gemeinsam für alle Kronländer vortretenden Bedürfnisse jedes Kronland ohne Uebereinstimmung mit den Nachbarländern für sich seine Vorkehrungen trifft. —

Ich halte es für wünschenswerth, dass Seitens der Fachcollegen dieser Antrag in Erwägung gezogen und zur Ausführung vorbereitet werde und schliesse meinen Bericht mit dem Wunsche, dass aus demselben die auswärtigen Collegen entnehmen möchten, dass man auch bei uns in Oesterreich nicht bloss Seitens der Irrenärzte, sondern auch Seitens der Landesvertretungen eifrigst bemüht ist, den Stand der öffentlichen Irrenpflege in den einzelnen Kronländern zu verbessern, und in dieser Richtung nach Kräften den Anforderungen der Zeit möglichst gerecht zu werden. —

VIII.

Casuistik.

1.
Ueber einseitige Gesichts-Atrophie durch den Einfluss trophischer Nerven.

Von Dr. Paul Guttmann,
Privatdocent und Assistenz-Arzt an der Königl. Universitäts-Poliklinik in Berlin.

Hierzu Tafel IV.

Im Mai dieses Jahres ist in der Universitäts-Poliklinik des Herrn Geheime-Rath Griesinger der überaus seltene Fall einer einseitigen Gesichtsatrophie zur Beobachtung gekommen. Die Krankheit, wie es scheint, zuerst von Stilling*) beschrieben, ist dann durch Romberg**) mehr bekannt geworden und zu einer gewissen pathologischen Berühmtheit gelangt. Romberg verwies dieses Leiden in das Gebiet jener Krankheitsformen, wo durch aufgehobenen Nerveneinfluss mangelhafte Ernährung bedingt wird und bezeichnete es als Trophoneurose.

In wieweit diese bis jetzt ganz räthselhafte Krankheit von einer Veränderung in irgend welchen Theilen des Nervenapparates ihren Ursprung nehmen kann, soll unten näher ausgeführt werden.

Krankheitsgeschichte.

Auguste R. (aus der Provinz Brandenburg) 18 Jahre alt, stammt aus einer gesunden Familie, in der namentlich Nervenkrankheiten niemals vorgekommen sind. Bis zum 11. Lebensjahre war sie stets gesund; sie litt nur öfters an Zahnschmerzen, aber auf beiden Seiten; dieselben sollen bisweilen durch cariöse Zähne bedingt, bisweilen „rheumatische“ gewesen sein. Zu Zeiten schwoll in Folge der Zahnleiden eine Wange an, doch weiss Patientin mit Sicherheit, dass bis zu ihrem 11. Lebensjahre beide Gesichtshälften gleich voll, frisch und roth gefärbt waren.

Um diese Zeit beginnt die Geschichte ihres Leidens. Ohne die geringste nachweisbare Ursache begann jetzt die linke Gesichts-

*) Physiologisch-pathologische Untersuchungen über die Spinalirritation S. 325. Daselbst findet sich die Angabe, dass schon Himly die Krankheit gesehen hat.

**) Klinische Ergebnisse 1846 und 1851.

hälfte blässer zu werden, so dass sie von der blühend rothen Farbe der rechten erheblich abstach und der Umgebung bald auffiel. Niemals hat sich seit dem ersten Eintritt der Erblassung die normale Farbe in dieser Gesichtshälfte wieder hergestellt.

Bald darauf fing die linke Wange an einzusinken, aber so langsam, dass Patientin erst nach dreijährigem Bestehen des Leidens ärztliche Hülfe suchte. Ob die damalige vier Wochen lang fortgesetzte elektrische Behandlung (mit dem inducirten Strom) eine wirkliche Besserung erzeugte, bleibt zweifelhaft. Die Wange soll zwar etwas voller geworden sein, jedoch wurden auch gleichzeitig reizende Einreibungen angewendet, die vielleicht eine hyperaemische Röthe und Anschwellung und dadurch eine scheinbare Besserung erzeugten.

In den nächsten zwei Jahren sank die leidende Gesichtsseite noch mehr ein; dann scheint ein, auch noch jetzt anhaltender Stillstand der Krankheit eingetreten zu sein, wenigstens glaubt Patientin, dass die Gesichtshälfte vor zwei Jahren schon ebenso eingesunken war, als sie es gegenwärtig ist.

Status praesens.

Patientin ist von mittelgrosser Statur, kräftiger Konstitution, zeigt gleich gut entwickelte Muskulatur an beiden Körperhälften, nirgends findet sich auch nur die leiseste Asymmetrie. Ein enormer Unterschied dagegen besteht in der Entwickelung der beiden Gesichtshälften. Die rechte ist frisch und voll, von blühend rother Farbe, reich entwickeltem Unterhautfettgewebe, die linke welk, auffallend blass, grösstentheils tief eingesunken, so dass der Jochbogen und auch der Unterkiefer wie bei sehr abgemagerten Individuen hervortreten.

Diese Differenzen in der Entwickelung der Gesichtshälften entstellen die Patientin in einer kaum glaublichen Weise.

Kehrt man dem Beobachter nur die rechte Gesichtshälfte zu, so hat er das blühende 18jährige Mädchen vor sich, lässt man ihn nur die linke Seite sehen, so hat er das Bild einer etwa 50jährigen Frau. Beide Gesichtshälften sind einander nicht einmal ähnlich, so dass man bei wechselnder Beschauung derselben zwei verschiedene Personen zu sehen glaubt. Die beigegebenen nach Photographieen angefertigten Abbildungen können den Eindruck der Wirklichkeit natürlich nicht vollkommen wiedergeben, schon weil der Farbenunterschied in den beiden Gesichtshälften fehlt.

Bei weiterer Betrachtung der kranken Seite ergiebt sich nun sofort, dass alle Gebilde des Gesichts, Haut, Unterhautfettgewebe, Muskeln und Knochen mehr oder weniger an der Atrophie Antheil haben.

Die Haut ist dünn, lässt sich als Falte emporheben, das Unterhautfettgewebe ist vollkommen geschwunden, so dass die Haut an manchen Stellen unmittelbar dem Knochen anliegt, jeder einzelne Zahn durchgefühlt wird, die Muskeln sind sehr atrophisch, selbst die Knochen sind dünner als auf der andern Seite. — Von der Muskulatur haben durch die Atrophie am meisten gelitten der Buccinator, die Zygomatici, der Masseter und der Stirntheil des Temporalis. — Stirn-, Lippen- und Kinnmuskeln, sowie die Lidmuskeln sind von der Affektion ganz frei, die Nasenmuskeln

wohl nur schwach ergriffen. An ersteren Stellen ist auch der Panniculus adiposus vorhanden und die Farbe der Haut ziemlich normal, wenn auch nicht ganz der anderen Seite an Frische gleichkommend. An der linken Nasenhälfte dagegen ist die Hautfarbe ebenso blass wie an den andern Gesichtsparthien. Eine Ausnahme macht nur das Ohr der leidenden Seite, welches ebenso lebhaft roth gefärbt ist, wie das der gesunden Seite.

Die Stelle, wo das Gesicht ganz eingesunken ist, wird durch eine tiefe Furche bezeichnet, welche einige Linien vom linken Mundwinkel ziemlich gerade bis zum Jochbogen ansteigt und längs desselben bis zum Ansatz des M. temporalis sich hinzieht.

Unter der blassen Haut sieht man in der Nähe des linken Mundwinkels einen Ast der Art. maxillaris externa pulsiren, vom Infraorbitalrand gegen die Mitte der Wange ziehen sich einige etwas stärker gefüllte Venenäste hin. Die Haut schilfert sich leicht ab; selbst bei anstrengenden Bewegungen, Tanzen und dergleichen, bleibt sie blass und trocken, während die rechte schwitzt. Haarwuchs an der Stirn, Augenbrauen und Augenwimpern, Thränenabsonderung verhalten sich auf beiden Seiten gleich. Die Sensibilität der leidenden Gesichtshälfte (auf Berührung und Nadelstiche) ebenso die Bewegung der Muskeln weichen in nichts von der gesunden Seite ab. Temperatur der Haut auf der gesunden und kranken Seite dem Gefühl nach nicht verschieden, im Innern des Ohrs beiderseits gegen 36,8 C.

Bei Betrachtung der Gebilde der Mundhöhle ergeben sich keine Asymmetrieen. Beide Zungenhälften, beide Gaumenbögen gleichmässig entwickelt, Uvula gerade; Färbung des Zahnfleisches und der Schleimhaut der Mundhöhle, Speichelabsonderung auf beiden Seiten gleich, Temperatur beiderseits in der Mundhöhle 37,5 C.

Die Atrophie betrifft also nur die äusseren Theile des Gesichts.

Nächst dem Schwund der einzelnen Gebilde der kranken Gesichtshälfte ist dieselbe auch in der Entwickelung zurückgeblieben, sie ist kleiner als die rechte. Die folgenden genauen Massbestimmungen der Entfernungen einzelner Gesichtstheile von einander geben das Nähere an.

1. Länge des Gesichts von der Höhe der Stirn (Beginn des Haarwuchses) bis zum Kinn . . . . $6^{1}/_{2}$ Zoll.
   Höhe der Stirn beiderseits $1^{7}/_{8}$ Zoll.
2. Entfernung von der Nasenspitze bis zum Ohrläppchen

	Rechts.	Links.
2. Entfernung von der Nasenspitze bis zum Ohrläppchen	4 Zoll 10 Linien	4 Zoll 5 Linien.
3. Entfernung von der Mittellinie der Nasenspitze bis zum äussern Augenwinkel	3 Zoll 1 Linie	2 Zoll 9 Linien.
4. Von des Mittellinie des Kinns bis zum Ohrläppchen	$4^{1}/_{2}$ Zoll.	$4^{3}/_{8}$ Zoll.
5. *Dicke der Wange*	$1^{1}/_{2}$ Zoll.	*4 Linien.*

Dass auch das Gesichtsskelett der linken Seite weniger entwickelt ist, wie das der rechten, lehren die folgenden Messungen:

	Rechts.	Links.
Breite des Oberkiefers vom unteren Rand bis zum margo infraorbitalis.	$1^3/_8$ Zoll.	1 Zoll.
Breite des Unterkiefers	$1^1/_2$ Zoll.	$1^3/_8$ Zoll.

Das Resultat der ganzen Untersuchung lässt sich also darin zusammenfassen; Enorme Blässe, Atrophie fast der ganzen Gesichtshälfte in allen ihren Gebilden und Verschmälerung des Gesichts gegenüber der gesunden Seite. — Am übrigen Körper bietet die Kranke nicht die geringste Anomalie.

Wie können wir uns nun das Zustandekommen des Leidens erklären?

Eine ausreichende, alle pathologischen Phänomene erklärende Beantwortung dieser Frage ist bei dem Dunkel der Ernährungsvorgänge überhaupt vor der Hand nicht möglich; es fehlt uns vor Allem jede Analogie einer ähnlichen Atrophie eines Körpertheils, welche man künstlich durch gehinderte Ernährung (Abschneidung der Blutzufuhr, Durchschneidung von Nerven u. s. w.) erzeugen könnte. Man sieht nach solchen Experimenten die hochgradigsten Ernährungsstörungen selbst in Form von Gangrän auftreten, aber niemals eine so reine Atrophie, wie bei der uns beschäftigenden Krankheit. Immerhin aber besitzen wir doch schon eine Reihe physiologischer Thatsachen, auf die gestützt wir wenigstens einen Erklärungsversuch machen können.

Ausschliessen müssen wir vor Allem als die Krankheit erzeugend oder nur an ihr betheiligt eine Affection der sensibeln und motorischen Nerven. Das Gefühl, die Bewegung der Muskeln sind auf der kranken Seite vollkommen der gesunden Gesichtshälfte gleich und waren es stets im ganzen Verlauf der Krankheit. Dagegen leitet uns eine Erscheinung sofort auf die vasomotorischen Nerven, als den wahrscheinlichsten Ausgangspunkt der Erkrankung.

Wir sehen nämlich bei unserer Patientin die wesentlichsten Differenzen in Bezug auf die Verhältnisse der Circulation und Blutvertheilung. Die ganze rechte Gesichtshälfte hat ihre normale Farbe, die Wange erscheint sogar stets lebhaft geröthet, — links dagegen sind fast alle Theile von einer auffallenden gleichmässigen Blässe, wie man sie nur bei hochgradiger Anaemie beobachtet. Diese Blässe war das erste Zeichen der Krankheit, noch bevor die Spur eines Unterschiedes in der Fülle der beiden Gesichtshälften zu entdecken war, und sie bestand während der nun 7jährigen Dauer des Leidens fort. Eine solche Blässe ist in allen Fällen das Resultat einer mangelhaften arteriellen Blutzufuhr.

Vergleichen wir nun die grossen Arterienstämme und die grösseren Gesichtsaeste auf beiden Seiten, so finden wir hier keinen wahrnehmbaren Unterschied; der Puls ist in der linken Carotis ebenso stark wie in der rechten, es ist in der linken art. maxillaris externa und den grösseren Temporalästen gut fühlbar. Es kann also die Ursache der mangelhaften Blutzufuhr nur in den kleinsten Arterien und Kapillaren liegen; und zwar kann hier das Lumen der Gefässe, also das ganze peripherische Strombett entweder verengt sein,

oder es sind ganze Gefässprovinzen untergegangen, so dass das Eindringen des arteriellen Blutes aus den Stämmen in die kleinsten Verzweigungen und die Kapillaren der erkrankten Gesichtsparthie erschwert wird, oder überhaupt unmöglich ist. Ist eine Verengerung der Gefässlumina vorhanden, so kann sie nur bedingt sein durch Störungen in dem vasomotorischen Nerveneinflusse. Bekanntlich sind gerade die kleinsten Arterienäste vorzugsweise reich an kontraktilen Elementen und der vom vasomotorischen Nervensysteme ausgehende und fortwährend unterhaltene vitale Tonus äussert daher auf diese Gefässe besonders seine Wirkung. Es würde sich also hieraus erklären, dass die grösseren Arterienstämme ein normales Kaliber haben und also normale Blutmenge zuführen, während die Lumina der kleinsten Arterien relativ bedeutend verengt sein können. Ueberdies wissen wir, dass zum Theil die vasomotorischen Nerven der Arterienstämme aus ganz anderen Bezirken des Nervensystems stammen, wie die ihrer letzten peripherischen Aeste. Beispielsweise erhält die Carotis communis am Halse Fasern aus dem Halstheil des Sympathicus, ebenso die grösseren Aeste der carotis facialis, — während die Endigungen derselben von Aesten des Trigeminus versorgt werden.*)

Die Annahme, dass die Gesichtsblässe bedingt sein kann durch eine tetanische Contraction der kleinsten Arterien in Folge von Erregung der vasomotorischen Nerven, schliesst sich auch vollkommen den physiologisch-experimentellen Thatsachen an. (Blutleere in Folge von Verengung der Gefässe nach Reizung von vasomotorischen Nerven, oder Kälteeinwirkung u. s. w.; das Gegentheil, Erweiterung der Gefässe und Blutüberfüllung nach Durchschneidung oder Lähmung der vasomotorischen Nerven).

Aber kann eine solche Erregung der vasomotorischen Nerven 7 Jahre lang in gleicher Intensität fortbestehen, ohne in das Gegentheil umzuschlagen, in verminderte Tonicität, in eine Erweiterung der Gefässe, also Parese der Gefässmuskulatur?

Jede Reizung wird ja in Folge von Ermüdung mit der Zeit wirkungslos. Die Kälte, örtlich auf einen Körpertheil applicirt, bedingt durch Erregung der vasomotorischen Nerven eine Contraction der Gefässe, der Theil wird blass, aber durch den fortdauernden Reiz werden die Gefässnerven gelähmt, die Gefässe erweitern sich also mit dem Verluste des Tonus, es findet ein vermehrter Blutzufluss statt, der Theil wird hyperämisch. Dies sei nur ein Beispiel der alltäglichen Erfahrung entnommen; die Physiologie bietet ja hier die mannigfaltigsten Analogieen.

An der Hand der physiologischen Erfahrungen können wir also eine tetanische Gefässcontraction, die sieben Jahre fortbesteht, ohne in das Gegentheil, Relaxation der Gefässe, umzuschlagen, unmöglich annehmen. Es kann also die Blässe des Gesichts nicht bedingt sein durch einen gegenwärtig noch

*) Schon Stilling (Physiol.-pathol. Untersuchungen über Spinalirritation S. 332) hat auf diese Verhältnisse bei Beschreibung des von ihm erwähnten Falles von Gesichtsatrophie aufmerksam gemacht; ihm zufolge waren es in diesem Falle besonders die den zweiten Ast des Trigeminus begleitenden vasomotorischen Fasern, welche bei der Erkrankung der betreffenden Gesichtshälfte betheiligt waren. Er nimmt aber an, es habe sich dabei um einen verminderten Reflex sensibler Gefässnerven auf die vasomotorischen gehandelt, wie er denn überhaupt irrthümlicher Weise den Gefässtonus stets reflectorisch (von sensibeln Gefässnerven aus) angeregt und unterhalten werden lässt

fortdauernden Tetanus der kleinen Arterien. Wohl aber können wir uns die gegenwärtige Blässe, sowie die Atrophie des Gesichts auf folgende Weise zu erklären versuchen.

Es ist die Krankheitsentstehung in die Zeit des Wachsthums gefallen. Wenn nun während einer beschränkten, aber freilich wochen- oder monatelangen Zeit während der Dauer des raschen Wachsthums des Körpers aus irgend einem Grunde, andauernd oder mit Unterbrechungen, eine Erregung der vasomotorischen Nerven stattgefunden hat, so musste in Folge der dadurch bedingten Verengerung der kleinen Arterien eine geringere Blutmenge zu dieser Gesichtshälfte strömen, ihre Ernährung also musste leiden. Wenn die Krankheitsursache, welche den Tetanus hervorgerufen hatte, jetzt auch aufhörte, so war in dieser Zeit doch schon die Entwickelung der einen Gesichtshälfte und damit auch die Entwickelung der Gefässbahnen zurückgeblieben gegen die andere Seite. Das Strombett der Gefässe war also kleiner geworden, es konnte also auch die Entwickelung dieser Gesichtshälfte nicht mehr gleichen Schritt halten mit der gesunden Seite. Wir sehen also möglicherweise gegenwärtig nur dieselbe Differenz in der Entwickelung beider Gesichtshälften, wie sie schon vor Jahren bestanden hat, haben also einen abgelaufenen Prozess vor uns.

Aus einer mangelhaften Entwickelung von Gefässen erklärt sich somit die Blässe, es erklärt sich die Atrophie der einzelnen Gebilde des Gesichts und die Entwickelungshemmung der ganzen Gesichtshälfte.

Mit dieser Auffassung harmonirt es auch, dass diejenigen Theile der linken Gesichtshälfte, welche ihre normale Farbe behalten haben, also eine normale Blutmenge zugeführt bekommen, Ober- und Unterlippe, Kinn, zum Theil die Stirn, namentlich aber das linke Ohr, von der Atrophie ganz frei geblieben sind.

Die bisherige als Ausgangspunkt der Erkrankung angenommene veränderte Innervation der vasomotorischen Nerven dürfte auch zwei andern Fällen von Gesichtsatrophie zu Grunde liegen, die Romberg in seinen klinischen Ergebnissen mitgetheilt hat.

In dem ersten Fall (28jähriges Mädchen) war „die linke (erkrankte) Wange von bleicher, erdfahler Farbe, selbst das Zahnfleisch der linken Seite war blässer als rechts". In dem zweiten Falle (18jähriges Mädchen) stellte sich an zwei kleinen Stellen der linken Gesichtshälfte, unterhalb des äussern Augenwinkels auf dem Jochbein, und am Unterkiefer in der Gegend des Foramen mentale eine Blässe der Haut ein. Von hier ging die Atrophie aus. Nach mehreren Jahren war die ganze Gesichtshälfte eines grossen Theils ihres Fettpolsters beraubt, besonders deutlich an den beiden erwähnten Stellen, so dass die Haut hier mit dem darunter liegenden Knochen verwachsen schien. „Diese beiden Hautstellen waren von weisslich schillernder Farbe und unterschieden sich von wirklichen Narben nur dadurch, dass sie ganz glatt anzufühlen und verschiebbar waren."

In den fünf anderen eben daselbst mitgetheilten Krankengeschichten war eine solche Blässe der kranken Seite nicht zu bemerken, auch in dem von Stilling beschriebenen Falle wird Blässe der Haut nicht erwähnt. Hier werden wir also nicht an die vasomotorischen, sondern an die trophischen Nerven zunächst zu denken haben. Damit aber kommen wir auf ein bis jetzt noch

sehr dunkles Gebiet der Physiologie, welches nur wenig experimentelle Erfahrungen über Ernährungsstörungen nach Durchschneidung gewisser Nerven aufzuweisen hat; und selbst diese sind nicht einstimmig als trophische Störungen gedeutet. So viel aber scheint doch aus den bisherigen Experimenten hervorzugehen, dass die Ernährungsstörungen (Entzündungserscheinungen, Verschwärung) nach Durchschneidung gewisser Nerven nicht ausschliesslich von den Störungen der Blutcirculation in dem betreffenden Gewebe abhängig sind, dass man also die sogenanten trophischen Nerven nicht mit den vasomotorischen identificiren darf. Die Vermehrung der Speichelsekretion nach elektrischer Reizung der Drüsennerven des Trigeminus z. B. tritt auch dann ein, wenn der Blutzufluss zur Drüse durch Unterbindung der carotis abgeschnitten wird; die durch die Trigeminusreizung bedingte Erweiterung der Gefässe und der vermehrte Austritt von Stoffen aus dem Blute können also allein wenigstens die vermehrte Speichelsecretion nicht erklären. Andererseits führt eine auch noch so beträchtliche Hyperaemie, wie z. B. die des Ohrs nach Durchschneidung des Sympathicus am Halse niemals zu jener Entzündung und Verschwärung des Ohrs, wie sie die Trigeminusdurchschneidung am Auge zur Folge hat. Diese Entzündungserscheinungen sind nicht ausschliesslich Folge des durch die Trigeminusdurchschneidung gefühllos gewordenen Auges und der dadurch unmöglich gewordenen Reaktion auf von aussen her wirkende Schädlichkeiten, denn sie treten, — aber allerdings später — auch ein, wenn das Auge vollkommen vor äusseren Einwirkungen geschützt wird. Diese und noch einige andere Erfahrungen über Trigeminusdurchschneidung hat Meissner kürzlich für die Annahme besonderer in der Bahn des Trigeminus verlaufender trophischer Fasern zu verwerthen gesucht.*) Trophische Fasern scheinen aber überall im Organismus vorhanden zu sein, wenn auch die pathologischen Phänomene nach ihrer Durchschneidung oder Reizung am genauesten erst am Auge und den Speicheldrüsen gekannt sind.

Solche Veränderungen, wie in der uns beschäftigenden Krankheit, also eine reine Atrophie der normalen Parenchyme, hat man allerdings nach Durch-

---

*) Meissner (Zeitschrift für rationelle Medicin 29. Bd. S. 96) erwähnt zunächst, dass nach der Trigeminusdurchschneidung in der Schädelhöhle in 3 Fällen die Entzündungserscheinungen am Auge ausblieben, selbst wenn das ganz unempfindlich gewordene Auge vor äusseren Schädlichkeiten ungeschützt blieb; es war dies dann der Fall, wenn, wie die Section zeigte, die innerste, mediane Parthie des Nerven vom Schnitt nicht getroffen war. M. fand ferner nach einer nicht gelungenen Durchschneidung des Trigeminus, dass das ganz empfindlich gebliebene Auge sich ebenso entzündete, in der gleichen Zeit und in der gleichen Aufeinanderfolge der Erscheinungen, wie bei vollständig gelungener Durchschneidung. Die Section ergab eine leichte Verletzung des medianen Theils des Nerven allein, während der übrige Stamm des Trigeminus intakt war. Die Verletzung betraf die gleiche Stelle, welche in den frühern Versuchen, wo die Entzündungserscheinungen (an dem unempfindlich gewordenen Auge) ausgeblieben waren, intakt gefunden wurde. Hiernach ist es wahrscheinlich, dass die nach der Neurotomie des Trigeminus auftretende Ophthalmie von der Durchschneidung der im medianen Theile des Nerven verlaufenden Fasern abhänge, und dass der Verlust der Sensibilität des Auges nur einen sehr geringen Antheil an den Entzündungserscheinungen habe. Meissner hält diese Fasern für trophische, weil die Lähmung vasomotorischer Nerven ganz andere Erscheinungen bedinge. — Anknüpfend an die von Meissner beigebrachten Thatsachen theilt auch Schiff (Henle und Pfeuffer's Zeitschrift XXIX. Bd. S. 217 bis 229) Fälle von Neurotomie des Trigeminus in der Schädelhöhle mit, wo die Augenentzündung ohne Verlust der Sensibilität des Auges eintrat und die Sektion nur eine partielle Verletzung des Trigeminus nachwies.

schneidung des Trigeminus noch nicht beobachtet, die Thiere sterben zu rasch nach dieser Operation. Auch kann man ja nicht erwarten, dass die immerhin bis jetzt noch sehr beschränkten Methoden der experimentellen Eingriffe auf die Nerven (Reizung grosser Nervenfaserbündel und Durchschneidung) dieselben Effecte haben sollen, wie die Erkrankungen der Nerven beim Menschen.

Viel feinere Veränderungen daher, als sie experimentell herzustellen sind, und sehr langsam verlaufende, müssen wir den Ernährungsstörungen bei der Gesichtsatrophie zu Grunde legen.

Welche Ursachen zu diesen Veränderungen in der Innervation der trophischen Nerven den Anstoss geben, welche Ursachen in den früher betrachteten Fällen die vom vasomotorischen Nervensysteme unter normalen Verhältnissen regulirte Blutzirkulation stören, ist bis jetzt vollkommen räthselhaft.

In zwei der beschriebenen Fälle*) entwickelte sich die Krankheit während vollkommener Gesundheit ohne jede nachweisbare Ursache.

In den andern Fällen liessen sich folgende Momente eruiren:

Einmal war ein wahrscheinlich scharlachartiger Ausschlag vorangegangen mit Abscessbildung in der linken Tonsille. Mit Aufbruch des Abcesses schritt die Besserung rasch vorwärts, aber der zunehmende Turgor, die Röthe und Fülle beschränkten sich nur auf die rechte Gesichtshälfte, die linke blieb collabirt und abgemagert.

In einem zweiten Fall war die Patientin von einer mässigen linksseitigen Hemiplegie zugleich mit verminderter Sensibilität der linken Gesichtshälfte befallen worden; nach dem Eintritt dieses Ereignisses fing die linke Gesichtsseite an magerer zu werden, während die rechte ihre Fülle behielt.

In einem dritten Fall (32jähriger Mann) waren Symptome eines Leidens des Trigeminus derselben Seite vorhergegangen (durch mehrere Jahre sich hinziehende paroxysmenartig auftretende Contractionen der Backen- und Schläfenmuskeln sowie eine Hyperästhesie in der linken Gesichtshälfte).

In einem vierten Fall (22jähriges Mädchen) war die Atrophie nach einer am Scheitel derselben Seite erlittenen Verletzung entstanden. Die Atrophie nahm ihren Anfang auf der linken Hälfte der Stirn und erstreckte sich allmählich bis zum Scheitel, die Haare dieser Gegend fielen ganz aus. Mit dem Eintritt der Atrophie nahmen auch die Schmerzen in der Scheitelgegend, die kurz nach der Verletzung aufgetreten waren, an Intensität zu.

Auch in dem Fall von Stilling war eine Verletzung am Kopf vorangegangen.

Bei unserer Patientin lässt sich ein ätiologisches Moment gar nicht nachweisen. Die der Atrophie vorausgegangenen Zahnschmerzen können mit dem Leiden in keinen pathogenetischen Zusammenhang gebracht werden, da sie beiderseitig aufgetreten waren.

Patientin wird in der Klinik mit constanten Strömen (10 –15 Elemente) auf die leidende Gesichtsseite behandelt. Bemerkenswerth ist, dass nach 2—3 Minuten lang andauerndem Durchleiten des Stromes die Gesichtsstellen sich intensiv röthen und dass erst nach 6– 8 Stunden die Röthe allmählich wieder verschwindet.

---

*) Romberg, a. a. O.

Nachtrag.

Die elektrische Behandlung ist bis Ende September täglich ununterbrochen fortgesetzt worden, in den letzten Monaten mit 20 Elementen. Einen sichtlichen Erfolg konnte ich nicht konstatiren. Ist die von mir versuchte Erklärung, dass wir es mit einem abgelaufenen Krankheitsprozesse zu thun haben, richtig, dann ist die Erfolglosigkeit der Therapie klar. Ich hatte die elektrische Behandlung nur deshalb so lange fortgesetzt, weil ich theils schon durch die energischen Muskelkontractionen günstig zu wirken glaubte, dann aber von der Voraussetzung ausging, dass in Folge der Erweiterung der Kapillaren, wie sie bald nach Application der Electroden in der Röthung des Gesichts hervortrat und Stunden lang anhielt, eine grössere Blutmenge zu den kranken Gesichtsparthieen strömen und deren Ernährung auf diese Weise steigern müsste. — Die Kranke ist in ihre Heimath zurückgereist.

Berlin, im October 1867.

IX.

Psychiatrische Congresse und Versammlungen.

Die Monate Juli, August und September dieses Jahres brachten eine Reihe von collegialen Zusammenkünften, an denen wir uns nach Kräften betheiligten, weil wir ihre volle Wichtigkeit erkennen, und über die wir in Kürze berichten wollen. Man wird hier nicht eine ausführliche Mittheilung der überall vorgekommenen Vorträge, die ja immer von ihren Verfassern selbst publicirt werden, erwarten: ein kurzes Referat der Hauptereignisse wird genügen, ungefähr die geistige Bewegung zu kennzeichnen, die sich in diesen Versammlungen kundthat.

I. London.

Am 31. Juli d. J. fand in London die Jahresversammlung (Annual general meeting) der Medico-Psychological Association statt. Der Vorsitzende, Dr. Robertson, Director des Sussex County Asylum Hayward's Heath, hatte die Güte, mich zu demselben einzuladen und den einzelnen Mitgliedern vorzustellen, es konnte nichts Erwünschteres geben, als so auf die leichteste und angenehmste Weise mit den Vertretern des britischen Irrenwesens in Berührung zu kommen.

Die Gesellschaft britischer Irrenärzte versammelt sich nur einmal im Jahre auf einen Tag und es geht schon hieraus hervor, dass sie einen wesentlich andern Character hat als ähnliche wissenschaftliche Versammlungen von Spezialisten in Deutschland und anderen Ländern; ihre Bedeutung beruht weniger in wissenschaftlichen Vorträgen und Discussionen als vielmehr in der durch diese Versammlungen für alle Welt sichtbar ausgedrückten Zusammengehörigkeit der Irrenärzte unter einander und der Repräsentation nach aussen hin. So hat denn das jährliche Meeting im Allgemeinen stets einen wesentlich formellen Character.

Die Gesellschaft besitzt kein eigenes Local und ist, wenn sie in London tagt, Gast des College of Physicians, welches ihr seine schönen, palastartigen Räume in Pall Mall für die Jahressitzung zur Verfügung stellt. Es mögen nach ungefährer Schätzung diesmal etwa 50 Personen Theil genommen haben; unter ihnen befand sich das durch seine Humanitätsbestrebungen bekannte Parlamentsmitglied Mr. Blake.

Die Sitzung selbst zerfällt in zwei Theile, ein morning meeting und ein afternoon meeting, zwischen denen eine Stunde Erholung gegönnt wird; die Gesammtsitzung dauerte so von 12 Uhr Mittags bis gegen 6 Uhr Abends. Das morning meeting ist ausschliesslich für geschäftliche Dinge bestimmt und man muss gestehen, dass es ungebührlich lange Zeit in Anspruch nimmt: in der That war ich überrascht, hier im practischen und parlamentarisch ge-

schulten England dasselbe vielfache Hin- und Herreden über rein formelle Angelegenheiten zu sehen, wie wir es leider in deutschen Versammlungen nur zu sehr gewohnt sind. Nachdem Dr. Robertson, bei dessen vorjähriger Wahl zum Vorsitzenden der jetzigen Versammlung ein Formfehler begangen war, nochmals durch Neuwahl bestätigt war, erhob sich von Neuem eine längere Debatte über den Wahlmodus, als es sich um die Wahl des Vorsitzenden für das nächste Jahr handelte; sonderbarerweise verfiel man auf den einfachen Modus der Abstimmung zuletzt, wobei dann endlich Dr. Sankey siegreich aus der Urne hervorging.

Demnächst schritt man zur Wahl der vorgeschlagenen Ehrenmitglieder, zu denen von Deutschen diesmal Baron Mundy (durch Acclamation) und Prof. Dr. Ludwig Meyer ernannt wurden; es ist indess vielleicht das letzte Mal gewesen, dass die Versammlung sich zur Ertheilung einer Ehrenmitgliedschaft herbeiliess, da, so viel Ref. beurtheilen konnte, sich eine starke Majorität principiell gegen einen solchen Gebrauch aussprach.

Das bereits erwähnte Parlamentsmitglied Mr. Blake nahm darauf — nach einer Mittheilung über gewisse Besoldungs-Verhältnisse der Anstaltsärzte in Irland — das Wort, um die Gesellschaft zur Meinungsäusserung über einen eventuell von ihm im Parlamente einzubringenden Antrag aufzufordern. Er ging von seiner Erfahrung aus, dass in vielen Anstalten des Königreichs gewisse Erfordernisse, die wesentliche Bestandtheile des moral treatment bildeten, wie z. B. Beschäftigung, Vergnügungen u. dergl., noch gänzlich mangelten und dass ebenso die Kranken durch gefängnissartige Mauern und unpassende Anstaltseinrichtungen noch vielfach in ihrer Freiheit ungebührlich beschränkt würden, so dass in der That einzelne Anstalten nicht viel besser seien als Gefängnisse. Es schiene ihm deshalb wünschenswerth, dass man auf Einsetzung einer „Königl. Commission" hinwirke, die zu untersuchen habe, ob man nicht einige allgemein gültige Regeln aufstellen könne, welche für die Leitung aller öffentlichen und Privat-Anstalten massgebend zu sein hätten. Einen dahin gehenden Antrag im Parlamente zu stellen erklärte er sich bereit, falls die Versammlung mit dem Vorschlage einverstanden sein würde. Es entspann sich nun eine längere Discussion, in der Dr. Wood die Blake'schen Vorschläge unterstützte, Dr Tuke zunächst eine Commission der Gesellschaft zur weitern Berathung vorschlug, während andere Mitglieder, wie Dr. Monro und Sheppard die eigenthümliche Stellung geltend machten, welche eine solche „Königl. Commission" den Commissioners in Lunacy gegenüber einnehmen würde, die ja schon mit einer Function, wie die verlangte, von der Regierung selbst betraut wären. Die Discussion endete, ohne dass es zu einem bestimmten Beschlusse von Seiten der Versammlung kam und die Sache wurde fallen gelassen.

In der nun folgenden Nachmittagssitzung las zuerst der Vorsitzende seine „Adress", bestehend in einem Vortrage wesentlich statistischer Natur über die „Pflege und Behandlung der unbemittelten Geisteskranken", auf den hier nicht näher eingegangen werden kann. Hervorheben will ich nur als von allgemeinem Interesse, dass Robertson das in Schottland bestehende System, Geisteskranke (Blödsinnige) in Familien auf dem Lande unterzubringen, entschieden verurtheilte, dafür aber eine mit der Anstalt selbst verbundene Organisation vorschlug, derart, dass gewisse Patienten bei ihren

Verwandten für den Verpflegungssatz der Anstalt untergebracht und periodisch von den Aerzten der Anstalt und des Districts besucht würden; im Falle der Noth könnten sie dann stets leicht in die Anstalt zurückversetzt werden. Die Zahl der zu einem solchen Versuche sich eignenden Kranken glaubte er auf etwa 15 per cent. feststellen zu können.

Es ist nicht Sitte, über die Adress des Vorsitzenden zu discutiren und so folgte nunmehr Baron Mundy, welcher, um der Versammlung beizuwohnen, speciell von Paris aus herübergekommen war, mit einem Vortrage, der eine Vergleichung der Irrengesetze Europa's zum Gegenstande hatte. Der Vortragende, durch seine ausgebreitete und in ihrer Art vielleicht einzige Kenntniss der Irrenverhältnisse aller Länder zu einem solchen Thema vorzüglich berechtigt, führte nach einander die Schattenseiten der sogen. Irrengesetzgebung der verschiedenen Länder an den Zuhörern vorüber, wobei gewisse Dinge zur Sprache kamen, die in grösseren Kreisen bisher sicherlich unbekannt waren. So erfuhren wir z. B., dass in Oesterreich, dem Vaterlande des Vortragenden, der Irrenarzt gesetzlich vor Kurzem noch befugt war, den Irren prügeln zu lassen! — An diesen Vortrag schloss sich eine Mittheilung von Dr. John G. Davey über die unbemittelten Irren in Middlesex und über die Asyle Hanwell und Colney Hatch, in welcher die grosse Zunahme der Geisteskranken in Middlesex besprochen, die Gründung kleiner, wirklich zur Heilung bestimmter Hospitäler empfohlen und die Unzweckmässigkeit von Anstalten wie Colney Hatch und Hanwell nachgewiesen wurde. Aus der kurzen sich an den Vortrag knüpfenden Erörterung sei hier nur hervorgehoben, dass Tuke die angebliche Zunahme der Geisteskranken entschieden bestritt.

Die Versammlung hatte — es kamen nur noch einige unbedeutendere Mittheilungen vor — ihre Arbeit gethan, indem sie geduldig den Vorträgen zugehört, und es folgte ein Diner in den berühmten Willis's Rooms, welches allerdings geeignet war, die Association noch glänzender zu repräsentiren, als es die Sitzung selbst gethan hatte. Bei den verschiedenen Toasten wurde auch des anwesenden Repräsentanten deutscher Wissenschaft gedacht und Dr. Robertson, als chairman, liess in einem längeren Vortrage mit liebenswürdigster und freimüthigster Offenheit den deutschen Bestrebungen die vollste Würdigung widerfahren.

Ich kann diese kurze Notiz über die Jahresversammlung der britischen Irrenärzte nicht schliessen, ohne meinen deutschen Collegen zu sagen, wie ausserordentlich freundlich und gastfrei ich in England empfangen bin; namentlich haben sich die Herren Dr. Robertson und Dr. Maudsley, die gegenwärtigen Herausgeber des Journal of Mental Science, in jeder Weise bemüht, mir persönlich und durch Empfehlungen nützlich zu sein.

W.

II. Paris.

Ohne eigentlich zu einem „Congresse" einzuladen, hatte die Pariser Société medico-psychologique in den Annales und in besonderen Circularen bekannt gemacht, dass sie in der zweiten Woche des August drei ausserordentliche Sitzungen halten werde, zu denen alle Fremde, Irrenärzte und für die Psychiatrie sich Interessirende, Zutritt haben, in dieser Mittheilungen machen und an der Discussion Antheil nehmen können. Die Gesellschaft

hatte, ohne andere Themata ausschliessen zu wollen, folgende als besonders wichtige und interessante Gegenstände für die Sitzungen bezeichnet:

1) Irrengesetzgebung und Verpflegung in den verschiedenen Ländern.
2) Beziehungen der Geisteskrankheiten zur öffentlichen und privaten Erziehung.
3) Grundlagen für eine gute Irrenstatistik.
4) Anatomische Veränderungen der Nerven-Apparate in den verschiedenen Formen der Geisteskrankheiten, besonders über die Fortschritte, welche die microskopischen Studien auf diesem Gebiete gebracht haben.

Eine ziemlich grosse Zahl von Irrenärzten verschiedener Länder hatte dem Aufrufe Folge geleistet, aus England Bucknill, Harrington Tuke und Sibbald, aus Deutschland Roller, Mundy und Griesinger, aus der Schweiz Borell, Cramer und Fetscherin, aus Italien Lombroso (Pavia), aus Spanien Pujadas. Die Mehrzahl der französischen Notabilitäten in der Psychiatrie war anwesend: Brierre de Boismont, Morel, Lunier, J. Falret, Delasiauve, A. Foville, Belloc, Dagonet, Berthier, Loiseau, Motet u. A. Bemerkt wurde die Abwesenheit der Herren Baillarger, Trélat, Calmeil. Den Vorsitz in den Sitzungen führte der gegenwärtige Präsident der Société medico-psychologique, Herr Paul Janet, ein verdienter Professor der Philosophie an der Sorbonne, mit ebenso viel Takt als Liebenswürdigkeit; als Vicepräsident functionirte Herr Brierre de Boismont.

Aufgenommen mit der uns längst bekannten Zuvorkommenheit unserer französischen Collegen, und durch die ganze Dauer der Sitzungen begünstigt durch den Geist der Wissenschaftlichkeit, der gegenseitigen Förderung und Collegialität, werden alle Anwesenden den besten Eindruck von dieser Zusammenkunft mitgenommen haben und dieselbe wird bleibende Früchte hinterlassen nicht nur in den collegialen und freundschaftlichen Beziehungen, die sich hier bilden konnten, sondern auch in einigen bleibenden Werken, die der kleine Congress zu Stande brachte.

Die erste der drei ausserordentlichen Sitzungen fand am 10. August Abends 4 Uhr statt. Das Local, ein kleines Amphitheater der École de médecine, entsprach nicht ganz unseren Erwartungen; für die zwei folgenden Sitzungen wurde ein schicklicherer Ort, die Salle des thèses in derselben medicinischen Schule gewonnen. Die Versammlung mochte 25—30 Mitglieder zählen, als sie von dem Präsidenten, Herrn Janet, mit einem schriftlichen Vortrage eröffnet wurde; derselbe begrüsste die fremden Theilnehmer und sprach sich namentlich über psychologische und psychiatrische Beobachtung aus.

Herr Lunier bringt sodann die Frage der gemeinsam zu bearbeitenden Statistik zur Verhandlung und es wird beschlossen, eine Commission zu diesem Zwecke niederzusetzen.

Ueber den ersten Gegenstand der Tagesordnung: Irren-Verpflegung in den verschiedenen Ländern, nimmt Baron Mundy das Wort:

Er will die Frage heute nur vom financiellen Gesichtspunkte besprechen und legt eine Reihe von Zahlen vor, welche die grosse Kostspieligkeit der heutigen Irren-Verpflegung in ganz Europa zeigen; 300,000 Irre sind in Anstalten, den Kopf täglich nur zu Fr. 1 Verpflegung gerechnet, gibt jährlich

109,000,000 Frcs., während in der That der Kopf wenigstens die Hälfte mehr kostet. Dazu kommen die Kosten der Asyle, ihres Neubaus, ihrer Vergrösserung und Erhaltung, ihrer Mauern und Verbindungsgänge etc., sogar die Kosten der vielen Tausend Zwangsjacken, die nach seiner Rechnung sich in den europäischen Irrenanstalten finden. Er berechnet, dass man mit den Kosten der Umgebungsmauern der Anstalten und der Tobzellen allein mehrere vortreffliche Colonieen gründen könnte; er vergleicht mit jenen hohen Ausgaben die geringeren Kosten der Verpflegung in Gheel und die productivere Arbeit der Kranken daselbst und hebt die grössere Zahl der Arbeiter in Gheel gegenüber denen der Asyle hervor.

Die sich an diesen Vortrag anschliessende kurze Debatte, an der sich die Herren Brierre de Boismont, Moreau (de Tours) und Laurent betheiligten, bezog sich besonders auf die Zahl der „Arbeiter", welche für Gheel anzunehmen seien, und auf den Begriff dieser „Arbeiter" in den Irrenanstalten überhaupt.

Herr Lunier begann den Vortrag einer Abhandlung über vergleichende Irrengesetzgebung in den verschiedenen europäischen Ländern, welcher den Rest der Sitzung ausfüllte.

Die zweite Sitzung des Congresses am 12. August begann nach Verlesung des Protokolls mit Bemerkungen von

Herrn Griesinger über die Verbindung des clinischen Unterrichts der Psychiatrie mit einer Clinik für Nervenkrankheiten. Es wurde auf die Einheit des grossen Gebietes der Nervenkrankheiten aufmerksam gemacht, von welchen die Geisteskrankheiten nur einen kleinen Abschnitt bilden, auf den Nutzen für den Lernenden und fast noch mehr für den Lehrer selbst, der aus dem Studium der Uebergänge der gewöhnlichen Nervenkrankheiten in die eigentlichen Geistesstörungen hervorgeht, Uebergänge, mit denen es der practische Arzt in den Familien so oft zu thun hat. Es wurde die betreffende Einrichtung in der K. Charité in Berlin auseinandergesetzt, wo ein solcher Unterricht besteht, es wurden Erfahrungen über psychiatrische Clinik überhaupt vorgelegt und die Verbindung des Unterrichts in den Nervenkrankheiten mit dem in der Psychiatrie auch für Frankreich empfohlen.

An der hierauf folgenden Besprechung betheiligten sich die Herren Desmaisons, Moreau (de Tours), Delasiauve, Lasègue, Brierre de Boismont, deren Bemerkungen wieder von Herrn Griesinger beleuchtet wurden. Ein unerwarteter Einwurf gegen die von uns vertretene Verbindung war der, dass das französische Irrengesetz von 1838 eine leichte Hin- und Rückversetzung Nervenkranker in Irrenabtheilungen und umgekehrt, gar nicht gestatten würde. Wir freuen uns sehr, dass solche Gesetze bei uns nicht existiren.

Herr Lombroso spricht über den Einfluss der Barometerschwankungen auf die Frequenz maniakalischer und epileptischer Anfälle, mit Vorzeigung graphischer Tabellen. Nach seinen Wahrnehmungen geht bedeutenden Schwankungen des Barometers, sowohl Sinken als Steigen, eine grössere Frequenz solcher Anfälle voraus, doch nicht unmittelbar, sondern einige Zeit vor der Schwankung. Auch die Mondsveränderungen scheinen auf diese Häufigkeit einen Einfluss zu haben, indem sie bei Neumond zunehmen; aber dieser Einfluss ist ein indirecter, er wird durch den Einfluss der Mondesveränderung auf das Barometer bedingt.

Eine Discussion schloss sich an diese Mittheilung nicht an.

Herr Morel hielt einen längeren Vortrag zur Begrüssung der anwesenden fremden Irrenärzte, der mit lebhaftem Beifall aufgenommen wurde und von dem wir nur sagen wollen, dass der deutschen Psychiatrie eine sehr ehrenvolle Beurtheilung zu Theil ward.

Die Sitzung wurde gegen 6 Uhr geschlossen; die Toaste bei dem Festmahle, das uns an diesem Abend von unseren französischen Collegen gegeben wurde, boten einen Austausch freundlicher Gesinnungen nebst manchem Wunsche für den Fortschritt unserer Wissenschaft und Kunst und für ferneres collegiales Verbundenbleiben der europäischen Irrenärzte.

Die dritte und letzte Sitzung fand Mittwoch den 14. August statt, unter dem Vorsitze von Brierre de Boismont.

Nach den geschäftlichen Mittheilungen machte zuerst

Herr Borell die Demonstration der Plane für einen in Préfargier neu errichteten Pavillon, bestimmt zur Aufnahme von Kranken aus höheren Ständen, in Verbindung mit der Familie eines Hausarztes.

Herr Lombroso theilte Untersuchungen über die Schmerzempfindlichkeit bei Geisteskranken mit; er hat dieselbe mittelst electrischer Ströme zu bestimmen gesucht und fand bei Geisteskranken oft Erhöhung der Schmerzempfindlichkeit an der Stirne, bei Idioten Verminderung derselben an der Nase etc.

Herr Lunier trug die Fortsetzung und den Schluss seiner Arbeit über vergleichende Irrengesetzgebung vor, namentlich über die Bedingungen der Aufnahme in die Asyle in den verschiedenen europäischen Ländern.

Die Herren Belloc und Mundy sprachen Einiges über die Frage; der Präsident machte aber darauf aufmerksam, dass es weder der med.-psychologischen Gesellschaft noch einer Commission aus ihrer Mitte erlaubt sei, in Discussionen über Gesetze und über Fragen, die ins Gebiet der Nationalöconomie gehören, einzutreten, worauf der Gegenstand verlassen wird.

Herr Brierre de Boismont hält einen kurzen Vortrag über forensische Psychiatrie. Er hebt besonders hervor, dass einzelne Staatsprocuratoren in Frankreich jetzt die psychiatrischen Anschauungen von der Folie raisonnante acceptirt haben und dass man die Begründung dieser Anschauungen einer genauen Beobachtung der Kranken in den Asylen verdanke.

Herr Berthier liest eine Abhandlung über Statistik, worin er besonders die gegenwärtig übliche Ursachen-Statistik der Geisteskrankheiten critisirt.

Herr Delasiauve spricht über Classification.

Herr Griesinger regte die Frage nach der Wiederholung internationaler psychiatrischer Congresse an. Er spricht sich für einen Versuch dazu aus, glaubt aber, dass solche nur alle 2—3 Jahre stattfinden und dass sie am besten etwa 4 Tage dauern dürften, wovon der dritte ein Ruhetag, die zwei ersten und der letzte für die Arbeit bestimmt wären, und dass wissenschaftliche und administrative Fragen zur Erörterung kommen sollen.

Die Herren Brierre de Boismont und Morel äussern sich in zustimmendem Sinne. Es wird beschlossen, dass die anwesenden fremden Mitglieder mit einigen der französischen Theilnehmer zu einer Commission zusammentreten sollen, um die Sache vorzubereiten (s. unten).

Nachdem Herr Harrington Tuke den Dank und den Abschied der auswärtigen Mitglieder an die Société medico-psychologique ausgesprochen,

wird die Sitzung um 6 Uhr Abends geschlossen. Abends vereinigte viele Mitglieder das gastfreie Haus des Herrn Brierre de Boismont zu einem glänzenden Festmahle.

Die in der ersten Sitzung niedergesetzte Commission suchte in drei Zusammenkünften eine gemeinsame Basis für die Statistik der Irren-Anstalten zu gewinnen. Die deutsche Psychiatrie war in dieser Commission durch die Herren Roller, Griesinger und Mundy repräsentirt; die Arbeit wurde durch die vortrefflich ausgearbeiteten Vorlagen und die sachkundige und taktvolle Leitung der Debatte durch Herrn Lunier sehr gefördert und dürfte ein bleibendes Werk der Pariser Zusammenkunft darstellen. Sämmtliche, für eine Irrenstatistik dienliche Tabellen (gegen 20) wurden durchdiscutirt; es ist unmöglich hier in das Detail derselben einzugehen. Wir heben nur hervor, dass in der ersten Tabelle, welche die Formen des Irreseins aufzählte, auf Griesinger's Vorschlag die psychologischen Formen der Manie, Melancholie etc. weggelassen wurden; es wurde dann folgende Eintheilung angenommen:

Idiotie,
Aliénation,
 Simple,
 Paralytique,
 Épileptique,
Démence sénile,
 „ organique (organische Hirnkrankheiten),
Delirium tremens.

Wir halten diese einfache Eintheilung zu dem bestimmten Zweck der Fixirung der wichtigsten Verhältnisse, die man in einer Irrenstatistik anzustreben hat, für ganz gelungen und für vollkommen hinreichend in Verbindung mit den späteren Tabellen über die Aetiologie, wo die Zahlen für die Erblichkeit erhoben werden, ein richtiges Bild von dem zu geben, was wirklich wissenswerth ist. — Die in der Commission angenommenen Entwürfe werden den verschiedenen psychiatrischen Gesellschaften in Europa. sowie den Regierungen in Form autographirter Tabellen mit den nöthigen Erläuterungen zugeschickt werden; sie mögen dort Gegenstand weiterer Berathungen werden, ehe sie definitiv zu gleichmässiger Annahme in sämmtlichen Irrenanstalten vorgeschlagen werden können.

Eine zweite Commission zur Berathung der Fortsetzung internationaler psychiatrischer Congresse versammelte sich am Morgen des 18. August auch im Hause des Herrn Lunier. Anwesend waren die Herren Lunier, Brierre de Boismont, Delasiauve, Bucknill, Sibbald, Griesinger, Mundy, Borell, Lombroso. Der Gedanke der Fortsetzung internationaler psychiatrischer Congresse selbst wurde einstimmig als ein guter und fruchtbarer angenommen und man kam über Folgendes überein. Der nächste Congress soll a. 1869 in Genf, in der ersten Woche des October gehalten werden; die Zeit der Wiederholung der Congresse für die Zukunft, ob regelmässig alle

zwei oder alle drei Jahre, soll aber erst in Genf definitiv festgesetzt werden. Der Congress soll fünf Tage dauern, wobei der dritte Tag einen Ruhetag bildet; alle Verhandlungen bei ihm sind mündlich, Vorlesung schriftlicher Aufsätze ist nicht gestattet. Der Congress beschäftigt sich jedesmal ex officio mit einer wissenschaftlichen und einer administrativen psychiatrischen Frage (wir werden darauf hinwirken, dass auch eine gerichtlich-medicinische hinzugefügt wird, was vergessen wurde); die Frage, ob auch Personalfragen über die Stellung der Irrenärzte, ihre Gehalte etc. zur Verhandlung kommen sollen, wurde verneint. Die Fragen sollen so gestellt werden, dass die in Europa existirenden psychiatrischen Gesellschaften oder die Hauptrepräsentanten der Psychiatrie in einem Lande 6 Monate vor dem Congress aufgefordert werden, je 3 Fragen vorzuschlagen und dass aus diesen Vorschlägen die eingesetzte Commission die Fragen auswählt. Zu Mitgliedern dieser internationalen Commission, welche die weiteren Einleitungen und Vorbereitungen des Congresses zu treffen hat, wurden gewählt: für Frankreich: Lunier, England: Bucknill, Deutschland: Griesinger, Oesterreich: Mundy, Belgien: Bulkens, Italien: Lombroso, Spanien: Pujadas. — Wir erwarten Nutzen von diesen internationalen Congressen und freuen uns, dass zu ihrem Zustandekommen nun die richtigen Vorbereitungen getroffen worden sind.

Ausser diesem Congresse und dem, was sich unmittelbar an ihn knüpfte, bot uns Paris zu dieser Zeit noch mehres psychiatrisch Interessante.

Am Abend des 17. August wohnten wir einer „Conferenz“ bei, welche der berühmte Nationalöconom, Herr Jules Duval, Verfasser des eben in zweiter Auflage erschienenen Buches: Gheel ou une colonie d'aliénés etc., in Verbindung mit Baron Mundy zur Besprechung der Gheeler Frage hielt. Die Conferenz war theils in den Journalen, theils durch Anklebezettel in ganz Paris auf halb 9 Uhr Abends angekündigt worden. Wir fanden ein zahlreiches Publikum aus den verschiedensten Lebenskreisen, neben einer Anzahl Damen auch Arbeiter in Blousen, wobei wir hörten, dass dies die gewöhnliche Zuhörerschaft für solche Vorträge in Paris sei; daneben mehre unserer geschätzten Pariser Collegen, die Herren Moreau (de Tours), Delasiauve, Jules Falret u. A., auch mehre Irrenärzte aus der Provinz.

Herr Jules Duval ist ein von seiner Sache überzeugter Mann und ein vortrefflicher Redner und ich will gern annehmen, dass die Gheeler Frage jetzt schon reif sei, in Frankreich vor einem gemischten Publikum besprochen zu werden. Doch hat es mich gewundert, dass der Nationalöconom gerade die nationalöconomische Seite der Frage gar nicht besprach und sich darauf beschränkte, die humanitäre Seite der Sache hervorzuheben und das Gheeler System von diesem Standpunkte aus zu empfehlen. Er begann damit, dass die Frage der öffentlichen Irrenfürsorge in heutiger Zeit einer Enquête bedürfe und dass er selbst für eine solche Enquête hier ein Zeugniss dessen was er selbst gesehen und beobachtet habe, abgeben werde. Er schilderte nun Gheel, wobei eine Karte des Dorfes herumgegeben wurde, er besprach den grossen Unterschied des Lebens der Gheeler Irren gegenüber dem in den Asylen eingeschlossenen; gab eine kurze historische Skizze, wie Gheel so geworden ist, wie wir es heute sehen, besprach die Classe von Kranken, die den

Statuten nach in Gheel Aufnahme finden, schilderte die Infirmerie und die Art der Aufnahme neuer Kranker zuerst in dieser Infirmerie, dann in den Familien. Das Leben der Kranken bei den Nourriciers wurde ausführlich, sehr günstig, aber wie mir schien ohne Uebertreibung besprochen, dann die milde Behandlung, die Theilnahme an der Arbeit und den Zerstreuungen der Gesunden, der wohlthuende Verkehr mit der Familie, mit den Kindern, wobei einzelne interessante Beispiele inniger Beziehungen von Kranken zu den Familien der Nourriciers vorkamen. Es wurde dann die ärztliche Organisation Gheels auseinandergesetzt, sowie der Umstand, dass in Gheel heute noch Zwangsmittel angewandt werden, ausführlich besprochen.

Nach dieser Schilderung von Gheel ging Herr Duval zu der Frage über, welchen Nutzen man von dem Beispiele Gheels zu ziehen habe? — Eine einfache Nachahmung ist auch nach seiner Ansicht eine Unmöglichkeit und sehr freute es mich von dem Redner zu hören, was ich in dem Aufsatze dieses Heftes auch ausgesprochen habe: dass man vor Allem von Gheel eine Idee nach Hause nehmen soll und dass Jeder dann nur thun möge, was in seinen Verhältnissen dieser Idee entspreche. Die Zwecke, deren Realisirung für die Irren anzustreben sind, sind nach Herrn Jules Duval: Familienleben, Leben in der Luft, Freiheit der Bewegung, beschränkt durch die Aufsicht der Familie, facultative Arbeit, Unterhaltung und Zerstreuung möglichst wie für Gesunde und eine ärztliche Behandlung in diesen Verhältnissen.

Der Redner fuhrte noch die geringe Mortalität in Gheel an, entwickelte die Gründe, wesshalb die Heilungen nicht ohne Weiteres mit den Zahlen der Anstalten verglichen werden können und wies auf das moralische Wohlsein und das angenehme Leben der Kranken in Gheel hin.

Er besprach zum Schluss die Hauptarten, wie man das Gheeler System realisiren könne und entwickelte — zu meiner grossen Befriedigung —, wie diese verschiedenen Arten keine Gegensätze und dass zwischen und unter ihnen mancherlei Combinationen möglich seien; er endigte, von lebhaftem Beifall begleitet, mit der Aufforderung, für den Fortschritt zu wirken. Ich hätte mich diesem Beifalle noch lebhafter angeschlossen, wenn der Redner bestimmt hervorgehoben hätte, dass die familiale Verpflegung nicht für alle, sondern nur für eine gewisse Classe von Irren passt; hätte er dies gethan, so hätte er nicht so uneingeschränkt von den Asylen als von verwerflichen Gefängnissen sprechen können; bei einem gemischten Publikum, das nicht selbst die Distinctionen aufzusuchen im Stande und geneigt sein wird, konnte ein so unbeschränkter Ausspruch zu bedeutenden Missverständnissen führen.

Baron Mundy, der nun das Wort ergriff, sprach sich in kräftiger und doch gemässigter Weise für das Gheeler System aus, nicht ohne die Punkte zu berühren, die ich soeben hervorgehoben. Neu in seinem Vortrage war mir die Thatsache, dass man vor 25 Jahren von Seiten der belgischen Administration daran dachte, Gheel als Irren-Colonie eingehen zu lassen und dass der Einfluss unseres geehrten Pariser Collegen Moreau (de Tours) viel zu seiner Rettung beitrug. Mundy zeigte, wie Gheel allmählig vervollkommnet wurde, wie frühere Gegner zu Anhängern des Gheeler Systems geworden sind, wie aber Gheel keineswegs ein vollständiges und vollkommenes Muster zur Nachahmung ist, wie die Freiheit die den Irren gegeben werden kann, stets eine beschränkte ist und sein muss, wie in Gheel die Kranken nie ohne Aufsicht

sich befinden. Mundy erwähnte dann, wie man zuweilen einzelne durch Irre vorgekommene Unglücksfälle dem System der Freiheit zuschreibe, während die Nachlässigkeit der Umgebung der Kranken sie verschuldet habe; er entwickelte sodann, dass die Arbeit der Kranken in Gheel nützlicher sei, als in der agricolen Colonie und dass die ärztliche Behandlung in der Colonie nach Gheeler System ebensogut geschehen könne wie in einem Asyl. Er sprach sich für die Existenz eigener clinischer Asyle aus, ebenso für die Errichtung von Aufnahmehäusern in grossen Städten, neben den Colonieen. Zum Gelingen des Colonisationssystems hält er seine Ausführung im Grossen für nothwendig.

Nach diesem, gleichfalls sehr beifällig aufgenommenen Vortrage erwartete ich den Beginn einer Discussion. In der That verlangte Herr Delasiauve zuerst das Wort; allein — die Erlaubniss zur Abhaltung der Conferenz war von der Behörde nur mit der Bestimmung gegeben, dass — wie gewöhnlich bei solchen Conferenzen — keine Discussion stattfinde und nur die beiden Einladenden sprechen dürfen. So trennte sich die Versammlung, deren auswärtige Mitglieder sich mancherlei Gedanken über den gegenwärtigen Zustand der Gedanken- und Discussionsfreiheit in Frankreich machen konnten.

Einen Gegenstand von psychiatrischem Interesse enthielt auch der Park der Weltausstellung. Mitten unter den Wundern der Industrie, unter den Schätzen und Herrlichkeiten des Luxus stand dort das kleine freundliche „Musterhaus“ für die familiale Behandlung Geisteskranker, das Baron Mundy, um eine Idee seiner Ausführung der Colonisation zu geben, hatte aufführen lassen. Es stellte ein Wohnhaus eines Oberwärters in einer Colonie dar, wie in der Colonie eins auf fünf gewöhnliche Familienhäuser kommt, das nicht für beständig Kranke zu beherbergen, sondern solche nur zu vorübergehender Pflege, Behandlung, Beruhigung, aus ihren gewöhnlichen Familien-Wohnungen aufzunehmen bestimmt ist. Das Haus, in einfacher, aber höchst freundlicher Weise so vollständig eingerichtet, dass es jeden Augenblick bezogen werden kann, enthält auf der einen Seite des Corridors, der es der ganzen Länge nach durchzieht, die Wohnung des Oberwärters, auf der andern für den Kranken: ein Zimmer mit Alcoven, ein Badezimmerchen und eine kleine Matrazen-Zelle. Die Fenster und Thüren dieses Gelasses können jeden Augenclick durch Gitter und Jalousieen von sinnreicher Einrichtung festgemacht werden. Die Herstellung des Hauses wird, bei Annahme mittlerer Preise, zu Fr. 1500 veranschlagt; die eigentlichen Wohnhäuser für die Irren (nach dem System von Mundy) sind gewöhnliche Häuser von Landleuten.

Fast noch interessanter als das Häuschen selbst waren mir die Sammlung der ganzen Literatur über die familiale Irrenbehandlung, sowie die zahlreichen Pläne und Inschriften, die das Häuschen enthielt. Ein vortrefflicher Plan von Gheel, ein Plan für eine kleine Colonie von 300 Kranken (wovon 150 in einem centralen Asyl) und ein ebensolcher für das Maximum von 1500 Kranken, ein Plan für eine Irren-Clinik von 300 Kranken und für ein kleines Irrendépôt in einer grossen Stadt konnten die grösste Aufmerksamkeit beanspruchen; zahlreiche Inschriften von Männern, die sich für das familiale und überhaupt das freiere System der Irrenbehandlung ausgesprochen haben, bedeckten auf schöngeschriebenen Tafeln überall die Wände. Man findet alle diese Inschrif-

ten wörtlich abgedruckt in der neuen Ausgabe von J. Duval: „Gheel ou une colonie d'aliénés;" nur eine Inschrift ist dort vergessen worden, die ich hier nachtrage:

„Assurément la charité chrétiennement considérée doit être sans bornes, mais dès qu'elle veut se manifester par l'assistance, elle soulève inévitablement une question d'argent sur laquelle viennent échouer trop souvent les intention les plus bienfaisantes. Il ne suffit par de vouloir assister, il faut encore pouvoir le faire." Dr. H. Belloc, d'Auxerre.

Unter den 24 Inschriften, die so viel zu denken geben, frappirte mich besonders die folgende:

A l'égard des aliénés, l'éducation du public est autant à refaire pour les sentiments que celle des médecins pour le traitement. J. Duval.

Am 19. August verliess ich Paris, reicher an mancher Belehrung, Anregung und Hoffnung, erfreut durch den Verkehr mit vielen bedeutenden Repräsentanten unserer Wissenschaft und dankbar für die freundliche Aufnahme unserer werthen Pariser Collegen. Als ich mich im Eisenbahn-Coupé fragte, ob gegenwärtig in Frankreich ein lebhafter Fortschritt auf psychiatrischem Gebiet stattfinde, musste ich an den Mangel jeder officiellen psychiatrischen Clinik in ganz Frankreich und an die Unbegreiflichkeiten in den neuen Pariser Irrenhausbauten mit peinlicher Empfindung denken. Doch hatte ich auch gefunden, dass das Richtige von so vielen Seiten erkannt und angestrebt wird und ich setze hierauf meine Hoffnung auf einen ferneren regen und thätigen Fortschritt der Psychiatrie in Frankreich.

III. Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Heppenheim.

Die Einladung zu dieser Versammlung war von dem Vorstande des Vereins ausgegangen, und wir freuten uns sehr, dass das freundliche Heppenheim an der Bergstrasse zum Versammlungsorte erwählt worden war. Dank den Bemühungen unseres verehrten Collegen Dr. Ludwig, Director der dortigen Anstalt, waren nicht nur die Anordnungen aufs vortrefflichste getroffen, es war auch in jeder Weise für freundlichen Empfang gesorgt und durch seine Bemühung auch die Theilnahme an der Versammlung eine ausgebreitetere geworden.

Erste Sitzung.

Vor Eröffnung der über 40 Mitglieder zählenden Versammlung am 16. September begrüsste Se. Exc. der Herr Minister v. Dalwigk, der mit mehreren hochgestellten Beamten eigens von Darmstadt herübergekommen war, die Versammlung im Namen der Grossherzoglichen Regierung mit eingehender und wirkungsvoller Ansprache.

Der Vorsitzende, Prof. Jessen aus Kiel, welcher den leider wegen Unwohlseins abwesenden Geh. Rath Flemming an dieser Stelle vertrat, sprach zuerst dem Herrn Minister den Dank der Versammlung aus, erwähnte sodann des schmerzlichen Verlustes, den der Verein durch den Tod der Herren Albers und Damerow erlitten und eröffnete nach geschäftlichen Mittheilungen und Vorlesung der Statuten durch den Herrn Secretär die Verhandlungen. Herrn Director Gudden in Werneck wurde einstimmig noch von

Seiten der Versammlung die Theilnahme an dem kurz zuvor stattgehabten Unglück in seiner Anstalt ausgedrückt.

Herr Schüle aus Illenau verliest eine Arbeit über die pathologisch-anatomische Grundlage der allgemeinen Paralyse. Er giebt einen historischen Ueberblick über die bisherigen Forschungen bis auf den heutigen Tag; bespricht sodann im Einzelnen und in sorgfältiger Beschreibung die Veränderungen der zarten Häute, der Grosshirnrinde sowohl in Betreff der Gefässe als der Neuroglia und der Ganglienzellen, der Marksubstanz, der grossen Hirnganglien und des Rückenmarks. Der Redner schliesst sich in der Hauptsache der Ansicht an, dass bei der Paralyse eine chronische diffuse Encephalo-Myelitis bestehe und dass in einer grossen Zahl von Fällen auch eine Meningitis chronica als ein wesentliches anatomisches Element mit vorhanden sei. Er spricht sich dahin aus, dass gewisse dieser Befunde als charakteristisch in allen Fällen vorhanden sein dürften, während andere wechselnd, fehlen oder da sein können. Am Schlusse deutet er auf die Wichtigkeit des macroscopischen Befundes in topographischer Beziehung hin, indem er namentlich auf die Häufigkeit der Veränderungen an den zwei ersten Stirnwindungen und an den Scheitelwindungen hinweist.

Zur Diskussion über diesen Vortrag meldete sich Niemand; Herr Prof. Meyer, vom Vorsitzenden aufgefordert, sich über das Vorgetragene zu äussern, erklärte das gegebene Bild der anatomischen Veränderungen für im Allgemeinen zutreffend.

Als zweiter Gegenstand stand auf der Tagesordnung die Besprechung einer Reihe von Sätzen, betreffend das Verhältniss der Lebensversicherungs-Gesellschaftten zu den geisteskranken Selbstmördern, welche Herr Flemming gedruckt vorlegte und welche wir hier folgen lassen.

Corollarium

betreffend das Verhältniss der Lebens-Versicherungs-Anstalten zu den geisteskranken Selbstmördern.

1. Die Lebens-Versicherungs-Anstalten haben durchgängig in ihren Statuten die Bestimmung, dass Selbstmord des Versicherers den Nachgebliebenen das Recht auf die Hebung der Versicherungs-Summe entziehen soll.

2. Unter Selbstmord kann dabei nur die freiwillige eigenmächtige Vernichtung des eigenen Lebens verstanden werden.

3. Personen, welche in Folge von Geistes- und Gemüths-Krankheit unter dem Zwange eines krankhaften Triebes sich des Lebens berauben, können folglich als freiwillige Selbstmörder nicht betrachtet werden, eben so wenig wie diejenigen, welche im Verlaufe solcher Krankheit durch sogenannte Nahrungsverweigerung (Sitophobie) zu Grunde gehen oder die im Fieber-Delirium sich den Tod geben. Die eigene Lebensberaubung in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung muss daher als die nicht durch den eigenen Willen, sondern nur durch äussere Gewalt zu hemmende Wirkung eines an sich lethalen Krankheits-Symptoms angesehen werden.

4. Die Vernichtung des eigenen Lebens in Folge des in Begleitung von Geistes- und Gemüths-Störung auftretenden sogenannten Selbstmord-Triebes kann folglich nicht das Recht auf Hebung der Versicherungs-Summe aufheben.

5. Zugänglich für das Anerkenntniss dieser Wahrheit haben die meisten Lebens-Versicherungs-Institute die Eingangs gedachte Bestimmung dahin modificirt, dass die Versicherer, welche nachweislich in Geistes- oder Gemüthskrankheit sich das Leben genommen haben, zwar dadurch das Recht auf die Versicherungs-Summe aufgeben, während jedoch die sämmtlichen Einlagen, resp. ohne oder mit den Zinsen, zurückgezahlt werden.

6. Hierdurch erklären die in Rede stehenden Anstalten eine Versicherung für ungültig in dem Falle, dass der Versichernde das Unglück hat, in Geistesstörung zu verfallen und in Folge dieser Krankheit durch seine eigene Hand stirbt.

7. Diese Bestimmung enthält jedoch kein Zugeständniss, sondern schliesst eine Rechtsberaubung in sich, indem die Geistesstörung, als deren symptomatische Wirkung die eintretende Selbstentleibung angesehen werden muss, sich im Wesentlichen nicht von irgend einer andern das Leben verkürzenden Krankheit unterscheidet.

8. Daher kann die Selbstentleibung in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung das durch die Lebens-Versicherung erworbene Recht auf die Versicherungs-Summe in keinem Falle aufheben, in welchem jene Krankheit als Veranlassung der Selbstentleibung nachgewiesen ist.

9. Die Weigerung, diese Consequenz anzuerkennen, wird von den in Rede stehenden Instituten gerechtfertigt: theils

a) durch Hinweisung auf die durch eine Anzahl von Aerzten vertretene Ansicht, dass jeder Selbstmord ohne Unterschied aus einer Verkehrung des Instinctes des Erhaltungs-Triebes, folglich aus einer krankhaften Verstimmung der Seele hervorgehe; theils, abgesehen von dieser Ansicht,

b) durch die in vielen Fällen eintretende Schwierigkeit des Beweises der Geistes- oder Gemüths-Krankheit.

10. Anlangend die sub a. gedachte Ansicht, so lässt sie sich zwar leicht als eine irrthümliche erweisen, schon deshalb, weil dieselbe auch jeden, der auf das Gebot der edelsten Gemüthsregungen, der Pflicht, und bei ungetrübter Thätigkeit der Intelligenz sich einer augenscheinlichen oder selbst unvermeidlichen Lebensgefahr blosstellt, in die Rubrik der Geisteskranken stellen würde was der Vernunft widerspricht. Ist indessen nicht zu läugnen, dass solche irrthümliche Ansicht auf die Beurtheilung der Thatsachen einen störenden Einfluss ausüben kann, so kann sie doch die Thatsachen selbst nicht ändern und verfälschen.

11. Es sind aber eben die Thatsachen, welche zur Erbringung des Beweises der Geisteskrankheit erforderlich sind und in den weitaus meisten Fällen dazu genügen.

12. Die Summe dieser Thatsachen bildet die Krankheits-Geschichte, welche in jedem Falle von Selbstentleibung, die aus Geistes- oder Gemüthskrankheit hervorgeht, dieses Urtheil begründen muss. Nur da, wo solche Thatsachen gänzlich fehlen oder nicht zu ermitteln sind, bleibt der Fall wenigstens zweifelhaft und es kann keine Partei gehalten sein, dem Urtheile der Gegenpartei, welches in diesem Falle nur in die Kategorie der Vermuthungen fällt, sich anzuschliessen. Nur in solchem Falle kann das sub 5. erwähnte Zugeständniss

einer Ungültigkeits-Erklärung der Lebens-Versicherung als Vergleichsmittel zulässig erscheinen.

13. Betreffs der Zusammenstellung der Thatsachen und ihrer Beurtheilung als Beweismittel für Geistes- oder Gemüthskrankheit ist auf die Autorität der Sachkenner, also der Aerzte zu recurriren.

14. In so fern das von denselben abgegebene Urtheil der dadurch verpflichteten Partei (der Lebens-Versicherungs-Anstalt) entweder in seinen Grundlagen oder in seinen Schlussfolgerungen unverständlich oder unbefriedigend erscheint, steht es derselben zu, das betreffende Gutachten einem ärztlichen Superarbitrium zu unterstellen. Die Competenz der hierbei herangezogenen Behörde muss auf hinreichender psychiatrischer Kenntniss beruhen.

15. Diese Kenntniss schliesst das Anerkenntniss des durch die Erfahrung begründeten Axioms ein: dass die Ueberzeugung von der Unsittlichkeit des Angriffs auf das eigene Leben, und das Erkennen der Gefahr, die Hinterbliebenen der Versicherungs-Summe verlustig zu machen, die Existenz wirklicher Geisteskrankheit keineswegs und eben so wenig ausschliesst, als die Ueberzeugung des Kranken, dass er durch die Selbstentleibung seine Hinterbliebenen der grössten Betrübniss Preis geben würde.

16. Es ist ein dringendes Bedürfniss, dass die Gesetzgebung mit Unterscheidung des unter dem Zwange der Geistes- oder Gemüthskrankheit herbeigeführten von dem freiwilligen Selbstmorde, die derselben entsprechenden auf die Lebens-Versicherung bezüglichen Verfügungen treffe.

Nach Verlesung dieser Vorlage ergriff Herr Hoffmann aus Frankfurt das Wort. Er sprach sich mit Bestimmtheit dahin aus, dass die Gesellschaften bei vorkommendem Selbstmord Versicherten nur dann rechtmässiger Weise die Zahlung der Versicherungssumme verweigern können, wo nachweislich der Selbstmord in der Absicht vollführt wurde, die Versicherungssumme baldigst den Hinterbliebenen zu verschaffen, wo also ein Betrug gegenüber der Gesellschaft vorliege. Ausserdem wies er auf die Trunksucht hin, welche gleichfalls öfters den Gesellschaften einen Grund zur Verweigerung der Zahlungen abgebe, ohne Rücksicht darauf, ob sie nicht durch Geistesstörung, z. B. paralytische, bedingt sei.

Herr Zeller hebt hervor, dass Geisteskrankheiten als chronische Delirien nicht anders beurtheilt werden dürfen, wie die acuten, bei denen im Fall eines Selbstmordes die Verpflichtung der Gesellschaften nicht bezweifelt werden könnte.

Herr Meyer bemerkte, dass mehrere englische Gesellschaften nach Selbstmord die Versicherungssumme nur dann nicht zahlen, wenn die Versicherung in der Absicht geschlossen worden ist, um der Familie den Vortheil schnell zuzuwenden und dass sie deshalb eine bestimmte Zeit, meist ein oder zwei Jahre von der Versicherung ab festsetzen, innerhalb deren der Selbstmord die Verpflichtung aufhebt. Als geschäftliche Behandlung empfiehlt der Redner, den Gesellschaften ein Exposé im Sinne der Flemming'schen Sätze zuzusenden, das Publicum in populärer Weise zu belehren und die Gesellschaften öffentlich zu nennen, welche dennoch keine Rücksicht auf Geisteskrankheit bei Selbstmord nehmen.

Herr Dick schliesst sich im Wesentlichen dem Vorredner an, schlägt aber noch vor, die Behörden zu veranlassen, dass sie bei neu zu ertheilenden

Concessionen an Gesellschaften und bei Concessions-Erneuerungen diesen Punkt speciell berücksichtigen und die betreffenden §§. nur in entsprechender Weise gefasst genehmigen mögen.

Der Beschluss der Versammlung ging dahin, dass der Vorstand zunächst durch ein von ihm zu bestimmendes Mitglied das Exposé und eine populäre Belehrung im Sinne des Antrages des Herrn Meyer ausarbeiten und veröffentlichen lassen soll.

Herr Griesinger hat schriftlich den Antrag eingegeben: die Versammlung möge erklären, dass künftig psychisch-forensische Gutachten nicht mehr nach Acten, sondern nur nach persönlicher Untersuchung abgegeben werden sollen.

Nach Motivirung desselben durch den Antragsteller und einer kurzen Besprechung, an der sich die Herrn Zeller, Solbrig, Hoffmann und der Antragsteller betheiligten, wurde der Antrag einstimmig in der Fassung angenommen: die Versammlung erklärt, dass psychisch-forensische Gutachten wo immer möglich nicht allein nach Acten, sondern auf Grund genügender persönlicher Untersuchung abgegeben werden sollen.

Herr Meyer hielt einen mit Demonstration eines Kranken der Heppenheimer Anstalt verbundenen Vortrag über eine bisher unbekannte Schädeldeformation. Eine ausführliche Arbeit über den Gegenstand enthält das vorliegende Heft unseres Archivs.

Nachdem Herr Hoffmann noch zu der am 18. September beginnenden Frankfurter Naturforscher-Versammlung eingeladen, wurde die Sitzung geschlossen.

Zweite Sitzung, am 17. September.
Den Vorsitz führte Herr Solbrig.

Herr Roller berichtete über die (oben p. 188 von uns mitgetheilten) Arbeiten der statistischen Commission des Pariser Congresses, an welcher er mit Hrn. Griesinger Theil genommen. Es wird beschlossen, die aus Paris zu erwartenden Entwürfe der vereinbarten statistischen Tabellen sollen durch den Vorstand an einzelne Mitglieder des Vereins zur Berichterstattung an die nächste Versammlung gegeben werden.

Nun sollten die von den Herren Roller und Jessen verfassten und gedruckt vertheilten Vorlagen, betreffend 1) Aufnahmsbestimmungen in Irrenanstalten und Anstalts-Statuten überhaupt, 2) Vorschläge zu gesetzlichen Bestimmungen in Beziehung auf die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten, zur Verhandlung kommen. Diese Vorlagen finden sich abgedruckt im 5. Hefte der Zeitschrift für Psychiatrie, worauf wir verweisen müssen, da uns der Raum für diesmal nicht den vollständigen Abdruck hier gestattet. Die Discussion bewegte sich fast nur um die Punkte, ob, wie Hr. Jessen befürwortete, für solche Kranke, welche wider ihren eigenen Willen den Anstalten übergeben werden, andere Aufnahmevorschriften bestehen sollen als für diejenigen, welche mit ihrer eigenen Zustimmung oder ganz freiwillig kommen. Die zum Theil lebhafte Besprechung, an der die Herren Jessen, Meyer, Leidesdorf, Dick, Zeller, Stein aus Petersburg sich betheiligten, schloss mit Annahme eines Antrages des Herrn Jessen: den Vorstand zu verpflichten, der nächsten Versammlung wo möglich einen bestimmt formulirten Gesetzes-Entwurf über Aufnahmebestimmungen vorzulegen.

Herr Besser stellt den Antrag, dass künftig bei den Versammlungen des Vereins jedesmal der microscopischen Anatomie ein bestimmter Theil der Zeit gewidmet werde und dass eine Theilung der Arbeit auf gewissen, zu bestimmenden Gebieten zwischen den, dem Vereine angehörigen, microscopischen Forschern eingeführt werden möge. Herr Westphal beleuchtete die mancherlei Schwierigkeiten, die sich einem solchen Unternehmen entgegenstellen würden und der Antrag wurde für diesmal abgelehnt.

Herr Köppen zeigte eine Reihe von Präparaten über Hämatom der Nasenknorpel vor, welche viel Interesse erregten, und demonstrirte nachher das Süvern'sche Desinfections-Verfahren zu Geruchlosmachung faulender Substanzen.

Den Schluss der Sitzung bildete die Neuwahl der Mitglieder des Vorstandes, welche durch das statutenmässige Ausscheiden der Herren Flemming und Solbrig nöthig geworden war. Die Wahl fiel auf die Herren Flemming und Griesinger. Der Vorstand ist also nun zusammengesetzt aus den Herren Flemming, Jessen, Roller, Lähr und Griesinger.

Ausser diesen Sitzungen bot die Heppenheimer Versammlung die erfreulichste Gelegenheit zu collegialem Verkehr und Gedankenaustausche, der vielleicht noch höher als jene anzuschlagen war. Von hohem Interesse war allen Anwesenden der Besuch der in Bau und Einrichtung vortrefflichen, neuen, noch nicht die volle Krankenzahl enthaltenden Anstalt unter der lehrreichen Führung ihres Directors, unsers verehrten Collegen Ludwig. Höchst anerkennenswerth war auch die Theilnahme, welche die grossherzogliche Regierung und die Einwohner der Stadt Heppenheim der Versammlung erzeigten; erstere bewirthete die Gesellschaft durch ein Festmahl, das wiederum durch die persönliche Theilnahme des Herrn Ministers v. Dalwigk und seiner Räthe besonders geehrt wurde. Man trennte sich am Abend des 17. September; viele Mitglieder eilten der Naturforscher-Versammlung in Frankfurt zu.

G.

IV. Psychiatrische Section der Naturforscher-Versammlung zu Frankfurt.

In Frankfurt hielt die psychiatrische Section zwei Sitzungen.

In der ersten, welcher Herr Zeller präsidirte, sprach zunächst

Herr Hagen über die Bestimmung des Gewichtsverlustes, welchen das Hirn durch Atrophie erfährt. Das blosse Wägen des Gehirns reicht nicht aus, um den Grad der Atrophie kennen zu lernen, da das normale Hirngewicht von 36 bis 60 Unzen schwankt. Es kommt vielmehr darauf an zu erkennen, ob das Hirngewicht geringer ist, als dem Individuum zukommt. Dieses individuelle Hirngewicht liesse sich am sichersten nach dem Rauminhalte des Schädels bestimmen. Da die Ausmessung des letzteren aber zu schwierig und zeitraubend ist, so zog der Vortragende es vor, von Kopfmassen einen Schluss auf das Hirngewicht zu machen, ein Verfahren, welches, wenn auch weniger exact, doch auch ausreichend und einfacher ist. Er nimmt drei Kopfmasse: den Umfang des Kopfes, den Längenbogen (von der Spina occipit. bis zur Nasenwurzel) und den Scheitelbogen (von einem Ohre zum andern) und erhält durch Addition derselben das von ihm sogenannte „Gesammtbogenmass". Durch

Beobachtung, bei der alle von Kranken, nicht nur von Geisteskranken, entnommenen Gehirne auszuschliessen sind, ist nun für jedes Gesammtbogenmass ein entsprechendes Hirngewicht gefunden worden, welches man als das „postulirte" bezeichnen kann. Irrelevant erscheint dabei das specifische Gewicht, daselbst bei bedeutenden Schwankungen desselben das Hirngewicht nur um wenige Drachmen variiren kann. Wichtiger ist der Einwand, dass die Dicke der Schädelknochen, so wie die der Haut und der Haare die Beziehung zwischen dem Gesammtbogenmass und dem Hirngewicht alteriren müssen. Diese Fehlerquellen erkennt Redner an und hat deshalb eine Grenze des möglichen Irrthums von 1—2 Unzen nach oben und unten beim postulirten Hirngewicht zugelassen. Bei der durch Paralyse bedingten Atrophie aber bleibt das Hirngewicht wenigstens um 5—6, oft um 10—12, in einem Falle sogar um 19 Unzen unter dem postulirten, so dass hier von einem Irrthum oder Fehler nicht mehr die Rede sein kann. Zugleich lehren diese bedeutenden Gewichtsverluste, dass nicht blos die graue Substanz betroffen ist. Es schwindet allerdings auch die Rindensubstanz, aber erst nach längerem Bestehen der Krankheit, und dann ist der Gewichtsverlust so gross, dass der geringe Verlust durch die Rindensubstanz gar nicht in Betracht kommen kann; wir müssen vielmehr annehmen, dass der Verlust hauptsächlich durch die weisse Substanz bedingt wird, und dass sie es hauptsächlich ist, von welcher ein grosser Theil der Symptome ausgeht.

An der lebhaften Debatte, welche diesem Vortrage folgte, betheiligten sich die Herren Westphal, Leidesdorf, Zeller, Hoffmann, Solbrig und Nasse.

Hierauf sprach Herr Rinecker über Pupillen - Differenzen bei Irren. Nachdem er im Allgemeinen auf die Schwierigkeiten der Untersuchung der Pupillenphänomene und ihrer Erklärung, so wie auf die vielen Factoren hingewiesen, welche dabei in Betracht zu ziehen sind, erwähnt er, dass sich häufig bei Paralytikern auffallend enge Pupillen finden, und bezeichnet als abnorm eng eine Pupille, die auf den Lichtreiz sich ad maximum verengert und nach Atropinisirung und Beschattung sich gar nicht oder wenig erweitert. Indem er dieses Phänomen zu erklären versucht, weist er zunächst die Möglichkeit einer Reizung des Oculomotorius zurück, weil die Enge zu lange andauert und Atropin sie nicht aufhebt. Gegen eine Affection des Trigeminus spricht das Fehlen aller Zeichen einer solchen und die lange Dauer. So bleibt nur eine Lähmung oder Schwächung des Sympathicus übrig, und es entscheidet sich Vortragende um so mehr für eine solche, als er bei Kranken mit solchen engen Pupillen auch einen eigenthümlichen Zustand der Augenlidspalte fand, eine mässige Verengerung, bei der die willkürliche Bewegung des Lides nicht aufgehoben ist, und welche auf eine Erschlaffung der von Dr. Müller entdeckten und vom Sympathicus innervirten glatten Muskelfasern sich beziehen lässt. Liesse sich eine solche Lähmung des Sympathicus nachweisen, so könnte man auch an eine hierdurch bedingte Erweiterung der Hirngefässe denken.

Es schloss sich hieran eine eingehende Discussion von Seiten der Herren Hoffmann, Westphal, Leidesdorf und Nasse.

In der zweiten Sitzung der psychiatrischen Section (Vorsitzender Herr

Hagen) trug Herr Brosius Ergebnisse seiner Reise nach Paris vor. Er gab darin eine Kritik des von Mundy ausgestellten, als Ober-Wärterhäuschen einer Colonie gedachten Häuschens und besprach einige der Irrenanstalten von Paris, namentlich die neu errichtete von Ste. Anne. Es knüpfte sich hieran eine mehr gesprächsweise geführte Unterhaltung über einzelne der zur Sprache gekommenen Punkte. S.

Der schweizerische irrenärztliche Verein hielt in den ersten Tagen des September seine Jahres-Sitzung in Münsterlingen, von der wir leider keinen Bericht geben können.

Der Verein americanischer Irren-Anstaltsdirectoren hielt seine 21. Jahressitzung in Philadelphia vom 21.—24. Mai d. J. Sie war sehr zahlreich besucht und es wurden Vorträge über Aphasie von Dr. Wilbur, Director des Idioten-Asyls zu Syracus, über Versorgung chronischer armer Irrer von Dr. Chapin aus Brigham-Hall, Canandaigua N. Y. und über Asyle für chronische Irre in Ober-Canada von Dr. B. Workman, aus der Provinzial-Anstalt Toronto C. W. gehalten.

X.

Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft.

Wir beginnen hiermit die Veröffentlichung der Protocolle der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft. Dieselbe wurde zu Anfang des Jahres 1867 von einer Anzahl von Irrenärzten und sonstigen Bearbeitern und Freunden der Psychiatrie und Psychologie gegründet. Der erste Kreis, welcher zusammentrat, bestand aus den Herren Eckard, Griesinger, Ideler, Lähr, Lazarus, Liman, W. Sander, Skrzeczka, Steinthal, Westphal; alsbald schlossen sich die Aerzte der nahen Irrenanstalt Neustadt, sämmtliche ärztliche Leiter von Privatirrenanstalten Berlins und eine Anzahl jüngerer Collegen, die sich für unser Fach interessiren, an; in einer vorbereitenden Sitzung der Gründer wurde Herr Prof. Griesinger zum Vorsitzenden, Herr Dr. Westphal zum Schriftführer für ein Jahr gewählt. — Die medicinisch-psychologische Gesellschaft beschäftigt sich vorzüglich mit psychiatrischen, aber auch mit psychologischen Fragen und hat von Anbeginn an es wünschenswerth gefunden, dass nicht ausschliesslich Aerzte, sondern auch Psychologen und solche, welche durch ihren Beruf auf nähere Beschäftigung mit Psychologie hingewiesen sind, ihr beitreten. Es könnte scheinen, als ob hiermit die Gesellschaft eine mehr theoretische Richtung einzuhalten gedenke und der Behandlung practischer Themata sich ferner halten wolle. Das Gegentheil ist richtig. Die Gesellschaft wird allerdings allen rein wissenschaftlichen Mittheilungen mit Interesse folgen; aber sie gedenkt auch nach und nach eine Reihe der wichtigsten practischen Fragen, namentlich die forensischen, in ihrem Schosse zu behandeln; sie hofft gerade in dieser Richtung Nutzen davon, dass recht verschiedene Standpunkte in ihr vertreten sind. Auch dies sind grosse psychiatrische Zwecke und Interessen und solche werden also in allen Beziehungen die leitenden in der Gesellschaft sein.

1.

Sitzung vom 29. Januar 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.
Als Gast: Herr Dr. Arndt aus Halle.

Die Sitzung wird mit wenigen Worten des Vorsitzenden eröffnet, in denen er seine Freude über die Bildung der Gesellschaft und seine Hoffnungen auf die Wirksamkeit derselben ausspricht.

1) Herr Griesinger, Physio-psychologische Selbstbeobachtungen.
Auszug.

„Die mitzutheilenden Thatsachen beruhen auf Selbstbeobachtung und ich bin nicht sicher, ob nicht viel Individuelles in ihnen ist; aber ich bin vollkommen sicher, dass die Phänomene bei mir sich so verhalten, wo ich sie seit circa 20 Jahren hundertmal beobachtet habe. Ich habe sie schon im Jahre 1853 einem kleinen Kreise von befreundeten Aerzten mitgetheilt; einer derselben hat sie mir damals als richtig bestätigt.

Ich stelle kurz den Satz auf, dass es Bewegungen der Augen gibt, die nichts mit dem Sehen zu thun haben, dagegen eine sehr innige Beziehung zum Ablaufe unserer Vorstellungen, zu der Bewegung unserer Gedanken haben. Diese Beziehung muss sich also auch bei geschlossenen Augen zeigen und es lässt sich zur Darlegung derselben von der Situation des Einschlafens ausgehen.

Wenn wir dem völligen Einschlafen schon ganz nahe sind, geschieht es zuweilen, dass plötzlich und sehr lebendig irgend eine Vorstellung in uns auftaucht, wobei es uns sein kann, wie wenn plötzlich etwas durch den Kopf fliege. In diesem selben Augenblick bewegen sich unsere Augen unter ihren Deckeln sehr lebhaft, wiewohl nicht das Geringste zu sehen ist und kein anderer Muskel des Körpers sich rührt. — Ist man durch diese seltener fassbare Erscheinung einmal aufmerksam gemacht, so findet man auch beim gewöhnlichen Einschlafen, wie unsere bedeckten Augen sich so lange fort leiser und stärker bewegen, als sich unsere Gedanken bewegen und dass die Beruhigung der einen mit der der andern Hand in Hand geht; zum wirklichen Einschlafen scheint ein Stillstand beider erforderlich zu sein.

Fixirt man in der Situation des Einschlafens, wobei dieses aber nicht recht von statten gehen will, willkührlich eine Zeit lang den Bulbus — was manchmal schwer, manchmal sehr leicht gelingt —, so hat dies, wenigstens bei mir, eine bedeutende Verlangsamung des Gedankenlaufes zur Folge, und oft wird ein schnelles Einschlafen bewirkt. Hierbei tritt ein sehr merkwürdiges Phänomen ein. Sobald die Fixirung des Bulbus eine kurze Zeit gedauert hat, ändert sich der Modus der Respiration: es kommen tiefere und seltenere Athemzüge, wie sie auch sonst den Schlaf einzuleiten scheinen; mit der Beruhigung der Augenbewegungen werden also die Athembewegungen modificirt und damit scheint ein wesentlicher Schritt zum Einschlafen zu erfolgen. Ich bemerke hierbei gelegentlich, dass das Schliessen unserer Augen, das wir zum Schlafe brauchen, nicht ganz dasselbe ist, wie das willkührliche Schliessen. Wir können, wenn eine passende Selbstbeobachtung sich auf diese Phänomene zu richten gelernt hat, beobachten, wie zum wahren Einschlafen der einfache Verschluss in ein so sanftes und festes Aneinanderschliessen der Augenlider übergeht, dass man wie eine Art Ansaugen des unteren an das obere Augenlid fühlen kann, welches sich nie willkührlich hervorrufen lässt und dessen Mechanismus ich jetzt nicht erörtern will.

Man könnte glauben, jene raschen Bulbusbewegungen beim Einschlafen werden etwa nur durch Gesichtsvorstellungen hervorgerufen; dem ist nicht so. Ich war schon im Einschlafen begriffen, als plötzlich die ersten Geigenstriche einer Tanzmusik in der Nähe ertönten — sofort trat heftiges Oscilliren der Bulbi mit haltlosem Hin- und Herwogen indifferenter Vorstellungen ein.

Kann man nun nicht etwa das willkührliche Fixiren des Bulbus als Mittel zum Einschlafen gebrauchen? — Ich kann dies nur aufs Bestimmteste bejahen, ich bediene mich seit Jahren dieses Mittels, nicht ausnahmslos, aber sehr häufig mit dem besten Erfolge. Ich habe es auch früher wiederholt Kranken gerathen, aber hier wenig damit ausgerichtet, sie schienen zu meinen, ich verlange etwas gar zu Einfaches von ihnen und ich bemerkte, dass ihnen Mittel aus der Apotheke lieber seien.

Der Schlaf ist gewiss nicht als einfach passiver Erschlaffungszustand aufzufassen; es finden bei ihm eigene, active Vorgänge statt und ein wesentlicher Theil bei diesen dürfte in der Fixirung der Bulbi in einer bestimmten Stellung bestehen.

Wie sich die Bulbi bei den Bildern und Vorstellungen des Traumes verhalten, kann man nicht an sich selbst beobachten. Ich möchte aber glauben, dass bei einer gewissen Lebhaftigkeit der Vorstellungen eine Mitbewegung der Bulbi entsteht, dass es dann aber auch bald zum Erwachen kommt.

Im gewöhnlichen Wachen wird natürlich durch die Gesichtseindrücke das unwillkührliche Mitspielen des Auges mit der Gedankenbewegung modificirt und verdeckt; doch habe ich zufällig eine Beobachtung gemacht, die ich seither oft constatirte und die auch im Wachen jene Mitbewegung anzeigt. Zuweilen fallen uns Dinge ein, die wir jetzt gerade nicht brauchen können, die nicht hergehören, die man denn auch unterdrücken kann. Thut man dies, so nimmt man — wenigstens bei mir ist dies so — augenblicklich eine starke Bewegung des Bulbus wahr; es ist mir, als ob sich derselbe nach hinten und oben zöge, als ob dies durch einen Druck des Auglids unterstützt und er in dieser Stellung fixirt werde — natürlich vollkommen unwillkührlich.

Der Blick unseres Auges dient ja auch nicht bloss der Wahrnehmung der äusseren Welt, sondern in der Stellung und Bewegung des Auges liegt eine nahe Beziehung zur inneren Welt, zur Bewegung der Vorstellungen; es gibt bekanntlich einen träumerischen, wie nach Innen gekehrten Blick und andere Modificationen, welche die Augenbewegung als reinen Ausdruck der Seelenbewegung erkennen lassen. — Es gibt eine Augenbeschaffenheit bei Menschen mit neuropathischer Disposition, die auch hierher gehört. Diese Augen zeichnen sich durch Langsamkeit, Trägheit ihrer Bewegungen aus, man könnte sie stille Augen nennen, ihr Blick ruht schwer auf uns; meist ist hier der Bulbus noch auffallend prominent; die Iris dieser Augen ist gewöhnlich dunkel gefärbt; diese Individuen halte ich alle für mehr oder weniger disponirt zu Neurosen.

Es kommen auch seltenere pathologische Fälle vor, wo die Association der Augenbewegungen mit den psychischen Vorgängen sehr evident hervortritt. Bei einer Dame in der P.-Strasse, welche alle 14 Tage bis 3 Wochen in einen Zustand von Melancholie mit Angst und Unruhe verfällt, ist diese jedesmal von starken Nystagmusartigen Oscillationen des Bulbus begleitet, in den guten Zeiten findet sich keine Spur hiervon.

Im Jahre 1842 wurde durch einen Engländer, Braid ein Verfahren bekannt gemacht, durch anhaltendes Fixiren der Augen einen „magnetischen“ Schlaf hervorzurufen. Im Jahre 1860 tauchte diese Sache wieder auf und wurde unter dem Namen des Hypnotismus in Frankreich Gegenstand lebhafter Verhandlung, man glaubte namentlich, diesen Zustand zur Ausführung schmerzloser Operationen, statt des Chloroform, verwenden zu können. Aus den gut

und nüchtern angestellten Experimenten von Demarquay und Giraud-Teulon (De l'Hypnotisme, Paris 1860) ergab sich Folgendes. Wenn in grosser Nähe vor dem Auge ein glänzender Körper fixirt wurde, so entstand zwar bei fast allen Versuchspersonen keine Wirkung, einige wenige (Frauenzimmer) verfielen aber in Schläfrigkeit, Erschlaffung der Glieder, einzelne in Andeutung von Catalepsie, ja sogar in wirklichen Schlaf (Obs. XIV). Sehr interessant war es mir beim Wiederdurchgehen dieser Beobachtungen, dass die Verfasser auch schon nach kurzer Fixirung des Blickes regelmässig den unwillkührlichen Eintritt tiefer und langsamer Respirationen wahrnahmen. — Alle diese Beobachtungen bezogen sich aber nur auf Fixirung des Bulbus bei offenen Augen; an das geschlossene Auge und den gewöhnlichen Schlaf und an die ganze Beziehung der Augenbewegungen zur Vorstellungsbewegung scheint man bisher gar nicht gedacht zu haben."

Herr Lähr bemerkt in therapeutischer Beziehung, dass in der Schröter-schen Heilgymnastik als schlafmachendes Mittel empfohlen wird, gewisse regelmässige Contractionen beider Hände zu machen; Herr Lähr hat mehrmals Erfolg davon gesehen.

Herr Skrzeczka hält die fixirte Stellung der Bulbi im Schlafe für eine Gleichgewichtslage, nicht für ein actives Fixiren. Bei den leichten Bewegungen der Augen im wachen Zustande, welche ohne die Absicht zu sehen vor sich gehen, nehmen wir trotzdem einen Gegenstand wahr und sehen also doch; es ist hier also nicht blosse Abhängigkeit vom Vorstellen vorhanden. Bei tiefem Nachdenken ist der Blick parallel, man kann ihn den Blick in's Blaue oder nach innen nennen. — Was die Bewegungen der Augen beim Einschlafen betrifft, so hat man ein Analogen dazu in den Bewegungen der anderen Muskeln, welche auch, bis wirklicher Schlaf eintritt, ab und zu bewegt werden und wie die Augenmuskeln, erst im Schlafe selbst eine Gleichgewichtslage annehmen.

Herr Griesinger. Der Unterschied in den Bewegungen der Bulbi und denen der anderen Muskeln beim Einschlafen liegt eben darin, dass kein anderer Muskel sich rührt, als eben die Augen und dass letztere mit den Vorstellungen associirt sind, nicht etwa, dass das Eine Ursache des Anderen wäre. Der leere Blick ist zu unterscheiden von dem nach innen concentrirten.

Herr Arndt (als Gast). Bei einer gewissen Concentration der Gedanken sind die Augen fixirt, die Stirnmuskeln (Corrugatoren) contrahirt; das Fixiren der Augen dabei kann durch einen in dem Ursprunge der Oculomotorii begründeten Zusammenhange zwischen Vorstellen und Bewegen erklärt werden, in so fern nämlich der Oculomotorius in der Gegend von Vorstellungsprovinzen, der Vierhügel, seinen Ursprung nimmt. Die Wirkung der Abducentes, welche nicht in solcher Gegend entspringen, falle dann auch dem entsprechend mit einer Leere des Vorstellens zusammen und wir sagen: der Blick ist leer.

2) Hr. Skrczeczka berichtet aus seiner Praxis einen Fall, in welchem u. A. das Verhältniss von Neuralgieen zur Geistesstörung zur Sprache kam. Ein 35jähriger Mann war im Theater arretirt worden, weil er sich mit den Geschlechtstheilen seines Nachbars, eines Freundes, dem er sich erst seit einiger Zeit genähert hatte, in unzüchtiger Weise zu schaffen gemacht. Er läugnete unmittelbar nach der That dieselbe vollständig ab, wobei er ganz

überlegt erschien. Nach 4—5 Wochen erhob er als Einwand temporäre geistige Störung. Er will vor längerer Zeit nach dem Abheilen eines scrophulösen Kopfausschlages heftige rechtsseitige Supraorbitalneuralgieen bekommen haben, nach einigen Jahren hätten sich die Anfälle gehäuft und seien dauernder geworden, zugleich sei eine — nicht näher bekannte — geistige Störung eingetreten, während welcher auch ein Drüsenleiden verlief. Die Angaben des damaligen Arztes wissen nichts von Neuralgieen, sprechen aber von leichter Gedächtnissschwäche. Die Verwandten des Inculpaten gaben an, er habe am Abend vor der That einen Anfall gehabt, sei danach verwildert und bewusstlos geworden, sei ihnen entkommen und erst nach seiner Verhaftung hätten sie wieder von ihm gehört. In den Zwischenzeiten zwischen den neuralgischen Anfällen sei er übrigens gesund und nur Gedächtnissschwäche vorhanden. — Er, Herr Skrczeczka, beobachtete den Inculpaten in einem angeblichen Anfalle seiner Geistesstörung, nachdem dieser angeblich seine Kopfschmerzen gehabt und in der Nacht sich ruhelos umher gewälzt hatte. Er benahm sich dabei so auffallend, dass der Verdacht der Simulation stark erregt wurde. Trotzdem diese Störung angeblich immer drei Tage andauern sollte, fand Herr Skrczeczka den Inculpaten am Nachmittage bereits wieder ganz wohl. Ein Schlaf war nicht gefolgt. Herr Skrczeczka gab sein Gutachten dahin ab: es sei manches Befremdliche in der Krankheit und er sei nicht vollständig von der Wahrheit der Anfälle überzeugt, sondern glaube mindestens an eine Uebertreibung; dass der Inculpat aber in einem solchen Anfalle die inculpirten Handlungen vorgenommen habe, sei nicht anzunehmen und habe er zur Zeit der Handlung die Folgen seiner Handlungen überlegen können.

Mehrere der anwesenden Mitglieder sprachen sich dahin aus, dass sie auch an Simulation glauben.

Herr Filter hat den Inculpaten längere Zeit beobachtet und ihn zuerst für krank, später aber für einen Simulanten gehalten.

2.

Sitzung vom 26. Februar 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

1) Herr Westphal hält einen Vortrag über „die Verhältnisse der Körperwärme bei verschiedenen Formen von Geistesstörung." — Ludwig Meyer hatte behauptet, dass „die Tobsucht bei der allgemeinen progressiven Paralyse in enger Beziehung stehe zu fieberhaften Exacerbationen und, wie diese, abhängig von einem das Gehirn, resp. seine Häute betreffenden Entzündungsvorgange sei." — Die von Meyer in einigen seiner Beobachtungen gefundenen bedeutenderen Temperatursteigerungen lassen sich jedoch, wie der Vortragende ausführt, auf anderweitige fiebererregende Ursachen (Tuberculose, Erysipel, Abscesse) in den erwähnten Fällen zurückführen und sind keineswegs auf Exacerbationen entzündlicher Prozesse der Gehirnhaut zu beziehen. Auch die übrigen Beobachtungen Meyer's sind aus anderen Gründen nicht stichhaltig und lässt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Tobsucht und Temperatursteigerung daraus nicht er-

kennen. Die Ansicht Meyer's ist daher nicht haltbar. — Nach Besprechung der Verhältnisse der normalen Körperwärme und der Methode der Messung theilt der Vortragende eine Reihe von Temperaturcurven paralytischer Irrer mit, aus denen hervorgeht, dass zwar mannigfache und bedeutende Temperaturschwankungen, zum Theil mit eigenthümlichem periodischem Verlaufe, bei diesen Kranken vorkommen, dass aber bestimmte Beziehungen zur tobsüchtigen Aufregung nicht stattfinden. — Darauf werden einige Curven von anderen Kranken mitgetheilt mit zum Theil abnorm niedrigen Temperaturen. — Ueber die Ansichten in Betreff der Ursache der Temperaturschwankungen entspinnt sich eine Discussion, wobei Herr Griesinger constatirt, dass die vorgelegten Curven der Paralytischen grosse Aehnlichkeit mit denen einiger anderer chronischer Krankheiten haben.

2) Herr Westphal. Ueber Epilepsie bei Säufern.

Untersucht man die an Delirium tremens aufgenommenen Kranken mit Rücksicht auf frühere epileptische Anfälle, so findet sich, dass bei 1/3 der Aufnahme, d. i. bei etwas über 30 Procent bereits früher epileptische Zustände bestanden. Nur wenige Kranke jedoch waren von Jugend auf epileptisch, sondern es waren die Anfälle fast stets erst in späterem Lebensalter eingetreten. —

Im Anfalle des Delirium tremens selbst, der zur Aufnahme führte, wurden bei bis dahin nicht epileptischen Individuen, und zwar bei 1/3 derselben, gleichfalls epileptische Anfälle beobachtet. Es waren also 30 Procent sämmtlicher aufgenomemener Kranken schon vor dem Delirium tremens epileptisch, von den nicht Epileptischen wurden erst 30 Procent epileptisch im Anfalle des Delirium tremens selbst. — Die grösste Häufigkeit des Delirium tremens fand zwischen dem 30.—40. und 40.—50 Jahre ziemlich gleichmässig statt. — Auf Grund der vorliegenden Beobachtungen wird es wahrscheinlich, dass das chronische Trinken die Ursache der Epilepsie der Säufer ist; dass umgekehrt die Epilepsie eine Prädisposition zum Trinken setzt und so die Häufigkeit der Epilepsie bei Säufern zu erklären sei, ist desshalb nicht wahrscheinlich, weil gerade in dem jugendlichen Alter, wo die Epilepsie sonst bei Weitem am häufigsten zu entstehen pflegt, die betreffenden Kranken mit wenigen Ausnahmen nicht an Epilepsie litten.

3.

Sitzung vom 26. März 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Als Gäste anwesend:

Herr Staatsanwalt Henke aus Berlin.
„ Dr. med. Baron Mundy.
„ Dr. med. Happe aus Braunschweig.
„ Dr. phil. Cohen aus Berlin.
„ Professor Fick aus Zürich.
„ Oberbürgermeister Seidel aus Berlin.

1) Herr Mundy (als Gast) hält einen Vortrag, in welchem er folgende Sätze als Pia Desideria fur das Irrenwesen aufstellt:

1) Das Irrenwesen ist unter das Justizministerium zu ordnen.

2) Es müssen Generalcommissare geschaffen werden, die das Administrative und Gesetzliche überwachen und die Anstalten zu visitiren haben.

3) Es sind specielle Rapporte den Parlamenten vorzulegen, in denen die Wahrheit nicht umhüllt, sondern unverfälscht gesagt wird.

4) Es sind Prämien und Preise für das beste internationale Irrengesetz auszusetzen, welches das Kriminale, Administrative, Polizeiliche u. s. w. umfasst.

5) Es ist für Verbreitung gesunder Ansichten durch Vereine, Volksbildung und obligatorischen Unterricht für Aerzte zu sorgen.

In der sich hieran knüpfenden Discussion meint

Herr Lazarus, dass die Verbesserung des Irrenwesens zunächst nicht auf dem Wege der Gesetzgebung, sondern durch die Wissenschaft selbst stattfinden muss; letztere ist aber bis jetzt noch zu mangelhaft, als dass bereits auf Grund derselben eine Veränderung der Gesetzgebung angebahnt werden könne; jedenfalls aber dürfe nicht (wofür Herr Mundy sich auch ausgesprochen hatte) eine gewisse Behandlungsweise (Non Restraint) vom Staate aus octroyirt werden.

Herr Mundy erwidert, dass es sich bei der zwangslosen Behandlung nicht mehr um eine Theorie handle, sondern um eine feststehende practische Thatsache, ein Eingreifen des Staats also wohl gerechtfertigt sei.

Herr Seidel (als Gast) bemerkt, dass der Irre kein gewöhnlicher Kranker ist, sondern dem Arzte überliefert wird und dass das englische Gesetz gewisse Mittel der Behandlung als missbräuchlich verbietet, weil Niemand sonst als der Staat dem Kranken zur Seite steht. Der Staat ist dabei also nicht aus seiner Sphäre herausgetreten. Im Uebrigen ist auch Redner der Ansicht, dass die Wissenschaft zunächst über die betreffenden Fragen in's Reine kommen muss, um dann massgebend zu sein.

Herr Skrczeczka hält vorläufig unsere Gesetzgebung noch für ausreichend, bis die Wissenschaft weiter ist, da die Begriffe dieser Gesetzgebung dehnbar sind.

Herr Liman schliesst sich dem an. Der Gesetzgeber stellt bis jetzt die Definitionen auf; künftig muss es die Wissenschaft thun.

Herr Griesinger wirft die Frage auf, ob überhaupt ein Irrengesetz als einheitlicher, alles auf das Irrenwesen Bezügliche zugleich umfassender legislatorischer Act nothwendig sei; man könne darüber discutiren.

Herr Mundy weist darauf hin, dass bereits in vielen Ländern solche Gesetze berathen sind.

4.

Sitzung vom 30. April 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

1) Herr Lähr, Mittheilungen aus der forensischen Medicin.

Herr Lähr theilt einen Fall mit, in welchem er vor dem Schwurgerichte ein Gutachten in Betreff eines wegen Verletzung der Schamhaftigkeit Angeklagten abzugeben hatte. Während das Gutachten eines anderen Irrenarztes

auf Simulation seitens des Angeklagten lautete, erklärte Herr Lähr letzteren für geisteskrank und wurde derselbe dann auch auf Grund der vom Vortragenden für seine Ansicht dargelegten Gründe freigesprochen. Der Patient befindet sich gegenwärtig in einer Irrenanstalt. Bei Gelegenheit dieses Falls hebt Herr Lähr mehrere allgemeine Gesichtspunkte hervor. Zunächst macht er auf das Bedenkliche aufmerksam, welches Schwurgerichte bei zweifelhaften Fällen haben, um die Wahrheit in der Verhandlung allein zu ermitteln, namentlich bei verschiedenen Urtheilen der Experten; es wird hier immer auf verschiedene anderweitige Umstände, Gewandtheit des Experten u. s. w. zu viel ankommen. Ferner wird betont, dass die Kranken sehr wohl Reue empfinden, Recht und Unrecht unterscheiden können u. s. w. — und doch nicht als strafbar betrachtet zu werden brauchen. Interessant war der Fall auch desshalb, weil es sich nach dem eigenen im Gefängnisse gemachten und später wiederholten Geständnisse des Kranken ergab, dass er Vieles in seinem Betragen und in seinen Reden daselbst simulirt hatte, ohne dass dennoch die Geisteskrankheit selbst simulirt war. Eine bestimmte Form von Geistesstörung liess sich schwer bezeichnen und hält es der Vortragende auch gar nicht für nothwendig, eine solche nachzuweisen. Mit Bezug auf die Art und Weise des Krankenexamens seitens des ersten begutachtenden Arztes, welcher dem Angeklagten durch allerlei Kunstgriffe das Geständniss der Simulation abgepresst hatte, wird davor gewarnt, einen Angeklagten anstatt nur ärztlich, auf Simulation zu examiniren und schliesslich an dem Falle selbst erläutert, wie das längere Sitzen im Gefängnisse bei manchen Geisteskranken zu allerlei abnormen Störungen führen kann. Es sind desshalb zweifelhafte Kranke den Irrenanstalten zuzuweisen oder Zwischenstationen einzurichten, in denen man sich gehörig um die betreffenden Individuen kümmert. Schliesslich formulirt der Vortragende folgende Thesen:

1) Die Schwurgerichte in ihrer jetzigen Einrichtung Behufs Ermittlung der Wahrheit in Fällen zweifelhafter Geistesstörung sind mangelhaft, sei es, um aus den Verhandlungen allein das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein einer Krankheit zu ermitteln, sei es, wenn mehrere Experten ein verschiedenes Resultat aussprechen.
2) Der Nachweis der Simulation ist noch kein Beweis der Simulation der Krankheit selbst.
3) Die Forderung mancher Collegen ist bedenklich, dass der Fall einer zweifelhaften Geistesstörung einer bestimmten Form von Geistesstörung subsumirt werden müsse.
4) Schwierige Fälle zweifelhafter Geistesstörung gehören Behufs Ermittelung der Wahrheit zur Beobachtung in die Irrenanstalt.

An diesen Vortrag knüpft sich eine längere Discussion, in welcher man sich allseitig mit dem von Herrn Lähr über den Fall abgegebenen Gutachten einverstanden erklärt.

5.

Sitzung am 28. Mai 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr W. Sander.
Gast: Dr. Ulrich aus Neustadt-Eberswalde.

Als Mitglieder werden neu aufgenommen: Die Herrn von Chamisso, Kroner, Lohde.

Herr W. Sander wird zum interimistischen Protocollführer erwählt, wegen Abreise des Secretärs Herrn Westphal.

1. Herr Lazarus: Ueber eine eigenthümliche Form von Hallucinationen.

Die oft bei Geisteskranken beobachteten Aeusserungen, dass „ihnen Gedanken genommen oder gemacht werden", sowie die eigenthümliche Erscheinung, dass sie symbolische Andeutungen in an und für sich unbedeutenden Dingen zu finden glauben, die wir bei kultivirten Völkern in gesunden Zuständen nicht finden, trifft man häufig bei Völkerschaften auf niederer Kulturstufe. Es würde sich hieran die Frage knüpfen, ob etwa eine Art Herabsteigen des psycho-physischen Organismus von einer höheren Stufe auf eine niedere stattfindet, sowie die fernere, ob im Laufe der Kultur eine Erhöhung und Verfeinerung dieses Organismus stattgefunden hat. So sind viele Vorstellungen, die uns — als geläufige und bekannte — einfach erscheinen, durchaus nicht so einfach und selbstverständlich, es ist z. B. eine bei den alten, selbst civilisirten Völkern nicht wie bei uns gewöhnliche Vorstellung, dass die psychischen Vorgänge im Kopfe stattfinden, sie verlegen sie vielmehr in die Brust.

In der Kultur geht der Mensch aus dem rein instinctiven Denken heraus, der Irre aber steigt häufig auf die Stufe des Instincts herab. Es käme also in Frage, ob es nicht möglich sei physiologische Unterschiede zu entdecken, die mit so charakteristisch-psychologischen verbunden sind. Ein Weg dazu wäre die Selbstbeobachtung. Herr Lazarus beobachtete an sich Folgendes: Nachdem er von Rigi-Kaltbad nach einem auf Rigi-Rothstock befindlichen Merksteine durch das Telescop bei rothbraunvioletter Färbung des Himmels angestrengt ausgeschaut hatte, sah er plötzlich sich umwendend und einige Schritte vorwärts gehend, einen seiner Freunde als Leiche vor sich. Um sich die Ideenassociation klar zu machen, durch welche er auf seinen Freund gekommen, schloss er die Augen, sogleich hatte er ein im Allgemeinen grüngelbes Sehfeld vor sich und konnte nun willkürlich alle Personen, die er sich vorstellte, als Leichen sehen. Eine durch Erinnerung erzeugte Vorstellung also verbindet sich mit einem an der Peripherie erzeugten Sinneseindruck. Dies würde also eine neue Form der Sinnestäuschung sein.

Demgemäss nimmt der Vortragende folgende Arten von Sinnestäuschungen an:

1. Illusion. Eine sinnliche Wahrnehmung wird identisch erklärt mit einer andern die in Wahrheit nicht vorhanden ist.
2. Hallucination. Ein Reiz auf dem Wege der Leitung zwischen Peripherie und Central-Organ wird durch Vorstellungen gedeutet, welche im Central-Organ aufsteigen.

3 Vision. Hier findet in der Leitungssphäre und im Central-Organ kein störender Vorgang statt und nur ein innerlich aufsteigendes Bild wird als ein factisches gesehen.

4. Eine innere Vorstellung taucht auf und findet an der äussersten Peripherie ihre Ergänzung.

Die sich hieran anknüpfende Discussion gab dem Vortragenden Gelegenheit, einige Punkte seines Vortrages noch näher zu erörtern.

2. Herr Sponholz: Ueber Bromkalium. Nach einer historischen Uebersicht über die therapeutische Verwendung des Bromkalium berichtet Herr Sponholz über die Erfahrungen, welche er bei Anwendung dieses Mittels gegen Epilepsie gemacht. Eine Besserung, ein längeres Aussetzen der Anfälle liess sich fast in allen Fällen constatiren; häufig kamen und gingen die Anfälle mit dem Aussetzen und Wiedernahme des Mittels. Ein Patient, der seit Jahren an Epilepsie gelitten, blieb von der ersten Gabe an frei und besserte sich auch psychisch; bei Gelegenheit einer fieberhaften Erkrankung stellten sich aufs Neue Anfälle ein, welche wiederum unter Gebrauch von Bromkalium ausblieben. Dagegen zeigte sich eine hypnotische Wirkung dieses Mittels bei Irren nicht. Als unangenehme Nebenwirkungen bemerkte der Vortragende Acne und Eczem., Benommenheit und Schläfrigkeit, sowie kühle Hauttemperatur; selten und nur bei hohen Gaben Salivation. Das Mittel wird, wie Herr Sponholz resümirt, mit Vortheil angewendet: 1. bei Epilepsie, welche durch Affecte und deprimirende psychische Eindrücke entstand, und da, wo eine Ueberreizung durch verschiedene Reize oder durch plötzliche heftige Einwirkung auf die Sinnesorgane Statt fand; 2. bei primärer Erkrankung des Gehirns, bevor Texturveränderungen da sind; 3. bei sogenannter deuteropathischer Epilepsie gegen die Ursache derselben. —

In der hierauf folgenden Diskussion erwähnt Herr Mendel einen Fall von Epilepsie, in welchem Bromkalium keinen Einfluss hatte, während Atropin den Zustand besserte.

Herr Griesinger hat zuerst in zwei Fällen, von denen der eine mit Menstruationsanomalieen, der andere mit einem Uterusleiden verbunden war, sehr guten Erfolg gesehen. In der Charité steht immer eine Anzahl von Kranken in Behandlung mit dem Mittel, öfters mit gutem Erfolge. In einem Falle, wo vorher kleine Dosen des Bromkalium ohne Erfolg gegeben worden, trat bei grossen Dosen eine sehr rasche und bedeutende Besserung ein.

Herr Filter erwähnt einen Fall, in welchem schon die amputatio clitoridis erfolglos gemacht worden war, bei dem auch Bromkalium ohne Nutzen blieb.

6.

Sitzung vom 25. Juni 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr W. Sander.
Gäste: Herr Dr. Walter aus Neustadt-Eberswalde.
„ Dr. Jul. Sander aus Berlin.

Das Protokoll der letzten Sitzung wird vorgelesen und genehmigt.

Zu Mitgliedern werden vorgeschlagen: Herr Dr. Cohen aus Berlin durch Herrn Lazarus und Herr Dr. Jul. Sander aus Berlin durch Herrn Griesinger.

1. Vor der Tagesordnung stellt Herr Mendel ein etwa 8jähriges Mädchen vor, welches vor etwa 3 Wochen durch den Flügel einer Windmühle am Kopfe, etwa 1" hinter der sutura coronaria rechter Seits verletzt wurde. Man fühlte damals Crepitation und es war ein blutig-seröser Ausfluss aus dem rechten Ohre vorhanden, der noch einige Tage anhielt. Zuerst bestanden Convulsionen und linksseitige Lähmung. Diese Erscheinungen liessen nach 2 Tagen nach, und machten einem soporösen Zustande mit Verengerung der Pupillen Platz, der nach einigen Tagen aufhörte. Seitdem ist das Kind munter geblieben. Die Wunde ist verheilt; an ihrer Stelle ist eine deutliche Depression fühlbar; das Kind befindet sich ganz wohl und besucht wieder die Schule.

Herr Griesinger meint, dass es sich dabei um eine acute Schwellung der ganzen rechten Hemisphäre gehandelt habe, welche allmählig sich verlor.

Herr Steinthal weist darauf hin, dass es gerathen wäre, das Kind in der nächsten Zeit vor geistigen Anstrengungen zu schützen und deshalb von der Schule zurückzuhalten.

2. Herr Wilh. Sander stellt und motivirt einen Antrag dahin gehend, dass der Verein auf Veranstaltung einer Zählung der Irren Berlins bei Gelegenheit der nächsten Volkszählung wirken solle. Er motivirt ihn in folgendem Gedankengange.

Eine Zählung der Irren eines bestimmten Gebietes ist von Wichtigkeit, theoretisch wie praktisch. Ehe man einem Uebel abhelfen kann, muss man seinen Umfang genau kennen; jedem Schritte zu einer geeigneten Irrenfürsorge müsste eine Zählung der Kranken vorausgehen. — In Berlin, das überhaupt in Betreff seiner Geisteskranken Indifferenz zeigt und zurücksteht, ist auch in dieser Beziehung wohl noch gar nichts geschehen. Und doch bestehen hier gerade günstige Verhältnisse: ein trotz des Wachsens bestimmt umgrenzter Bezirk, eine gewisse Grösse, welche die Zahlen sicherer macht, Intelligenz der Bevölkerung, welche den Zählungen zu Hilfe kommt, endlich viele Aerzte, die mitwirken. — Unter solchen Umständen könnte gerade Berlin werthvolle Aufschlüsse über viele Punkte ätiologisch geben und zugleich, wenn es sich bewährt, auch andern Bezirken zur Nacheiferung dienen, für unsere Gesellschaft aber ist es eine würdige Aufgabe hierbei mitzuwirken.

Nach längerer Debatte, in welcher die Ausdehnung der Massregel auf das ganze Königreich angeregt wurde, beschliesst die Gesellschaft:

1. Die Gesellschaft sucht an geeigneter Stelle dahin zu wirken, dass mit der nächsten Volkszählung eine Aufnahme der in Berlin, resp. im Preussischen Staate vorhandenen Irren und Schwachsinnigen verbunden wird.
2. Sie ernennt eine Commission von drei Mitgliedern, welche die dazu nöthigen Schritte vorberathen soll.

Zu Mitgliedern der Commission werden darauf ernannt die Herren Kroner, Ideler und W. Sander.

3. Herr Mendel trägt vor und bespricht einen Fall von Blödsinn mit Lähmung, der sich aus frühester Kindheit her datirte und im 18. Jahre den Tod zur Folge hatte. Als Ursache war hereditäre Syphilis anzunehmen, wie auch die Obduction lehrte. Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.

4. Herr Liman trägt ein Gutachten vor über einen Fall zweifelhafter Geistesstörung bei einem der Majestätsbeleidigung Angeklagten. Er spricht sich für Geisteskrankheit bei demselben aus, worin ihm in der Diskussion die Herren Ideler und Filter, welche den Mann ebenfalls kennen, beistimmen.

7.

Sitzung vom 30. Juli 1867.

Gast: Herr Dr. Walter aus Neustadt.

Als Mitglieder werden neu aufgenommen: Herr Dr. med. Jul. Sander und Herr Dr. phil. Cohen.

Zum Mitglied vorgeschlagen wird Herr Dr. Walter aus Neustadt durch Herrn Griesinger.

1. Herr Griesinger stellt einen Antrag auf Veröffentlichung der Protokolle und stellt die von ihm herauszugebende Zeitschrift zur Disposition.

Nach kurzer Besprechung wird eine Veröffentlichung der Sitzungsprotokolle in der Zeitschrift des Herrn Griesinger und in der „Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie“ von der Gesellschaft gutgeheissen.

2. Herr W. Sander verliest als Referent der statistischen Commission den Bericht derselben, welcher in extenso beiliegt, so wie die von ihr entworfenen Eingaben an das Cultusministerium, das statistische Büreau und den Magistrat von Berlin. Die letzteren werden von der Gesellschaft genehmigt. Ebenso werden nach eingehender Debatte die gestellten Anträge angenommen, jedoch mit der Modification, dass die Ausführung der im dritten Theil des Berichts in Aussicht genommenen genaueren Bearbeitung des statistischen Materials vorläufig noch verschoben wird bis zur Erledigung der im 1. und 2. Theil gestellten Aufgaben.

Schliesslich werden die Kosten für die Ausführung der gefassten Beschlüsse von der Gesellschaft bewilligt.

3. Herr W. Sander referirt über Morel: Des types dissemblables etc.

Bericht der statistischen Commission.

Die in der letzten Sitzung ernannte Commission hat sich zunächst vertraulich an die Vorsteher des statistischen Büreaus der Stadt Berlin und des Staats gewendet, um zu erfahren, in wie weit wir auf die Förderung des Unternehmens einer Irrenstatistik durch diese Institute rechnen können. Zu unserer Genugthuung können wir der Gesellschaft mittheilen, dass wir von beiden Seiten das bereitwilligste Eingehen auf die Absichten der Gesellschaft fanden und die Zusicherung jeder möglichen Unterstützung erhielten. Als der beste formelle Weg wurde angerathen, dass sich die Gesellschaft gleichzeitig an das Königliche Cultusministerium, an das statistische Büreau und an den Magistrat der Stadt Berlin mit dem Gesuch um Veranlasaung einer Irrenzählung im Staate, resp. in Berlin wenden solle; namentlich schien es erforderlich, das statistische Büreau gleichzeitig in amtliche Kenntniss von dem Gesuch an das Königliche Cultusministerium zu setzen, weil die Listen zur nächsten Volkszählung schon Anfang k. M. gedruckt werden und es darauf ankommt, die betreffenden Rubriken noch in sie aufnehmen zu lassen. —

Es war daher unsere nächste Aufgabe, die drei erwähnten Eingaben zu entwerfen und der Gesellschaft zur Genehmigung vorzulegen. Dieselben mussten eine kurze Motivirung des Gesuchs um eine Irrenzählung überhaupt, eine Widerlegung der etwa entgegenstehenden Bedenken und Vorschläge zur möglichst besten Anstellung einer solchen enthalten. In letzterer Beziehung glaubten wir von der Ansicht ausgehen zu können, dass man bei der ersten Lösung einer so schwierigen Aufgabe die Ansprüche nicht zu höch stellen dürfe; denn es könnte sich leicht ereignen, dass die mit jeder neu gestellten Frage sich steigernden Hindernisse ein Fallenlassen des ganzen Unternehmens zur Folge hätten. Wir begnügten uns daher mit dem Vorschlage, dass den Zählungslisten, welche die Personalien eines jeden Individuum enthalten, noch die beiden Fragen, ob es an angeborener resp. in den ersten Lebensjahren entstandener oder später aufgetretener Geistesstörung leide, hinzuzufügen seien. Jede weitere Eintheilung, jede Frage nach den Ursachen und dgl. hätte zu Zweifeln und Schwierigkeiten Anlass geben können, welche ein Aufgeben des ganzen Unternehmens als muthmasslich und undurchführbar zur Folge haben könnten und um wenigstens einen wenn auch noch so bescheidenen Anfang einer Irrenstatistik schon mit der diesjährigen Zählung verbinden zu können, suchten wir alle zeitraubenden und störenden Erörterungen zu vermeiden. Die Trennung jener beiden Categorieen dagegen erscheint einerseits aus mehrfachen Gründen, wir erinnern nur an die verschiedene Aetiologie und dergleichen, nothwendig; andererseits ist sie selbst dem Laien verhältnissmässig unschwer durchzuführen. In dem Sinne dieser Erörterungen haben wir nun drei Eingaben an die resp. Behörden entworfen und erlauben uns, dieselben der Gesellschaft zu unterbreiten. Sollten unsere Gesuche, wie wir hinsichtlich der Stadt mit Sicherheit, hinsichtlich des Staats mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen Ursache haben, gebilligt und berücksichtigt werden, so dürften wir bald die Anzahl der Irren im Preussischen Staate oder wenigstens in der Stadt Berlin, ihr Alter, Geschlecht, Stand und Gewerbe, Religion und Geburtsort, so wie auch das Verhältniss der in Anstalten untergebrachten zu den übrigen kennen, ein Anfang, der, so wenig er auch den Anforderungen entspricht, welche man an eine brauchbare und wissenschaftliche Irrenstatistik stellen muss, doch schon als ein erstrebenswerthes und dankbares Ziel für unsere Gesellschaft erscheint, zumal da sich mit Sicherheit annehmen lässt, dass solche Zählungen, einmal begonnen, bald sich in vollkommenerer Weise gestalten werden.

So weit würde die officielle Thätigkeit der Behörden gehen. Die Commission legte sich nunmehr die Frage vor, ob wir nicht durch private Thätigkeit der Gesellschaft und ihrer Mitglieder noch weitere Resultate erzielen könnten, und erlaubt sich Vorschläge in dieser Beziehung zu machen. Vor allen Dingen ist nicht zu übersehen, dass wir in der oben besprochenen Weise wohl die Zahl der am 3. Dec. in Berlin vorhandenen, nicht aber die der Berliner Irren erhalten, denn es sind ja, wie allgemein bekannt, sehr viele Irren dieser Stadt in auswärtigen Anstalten untergebracht, wie sich andererseits eine Menge fremder Geisteskranker in Berlin befinden. Dadurch wird gewiss unsere ursprüngliche Aufgabe, die Irren Berlins zu zählen, empfindlich berührt. Es ist zunächst in keiner Weise anzunehmen, dass etwa die Zahl der von hier aus anderwärts untergebrachten Irren in einem auch nur ungefähren Verhältniss stehe

zur Zahl der hier lebenden auswärtigen Geisteskranken. Auch lässt sich jede dieser Zahlen für sich nicht einmal annähernd schätzen oder aus irgend welchen Umständen berechnen. Sie sind vielmehr durchaus von rein zufälligen, unserer Beobachtung entzogenen Bedingungen abhängig.

Die wechselnde Zahl der in Berlin vorhandenen Irrenanstalten, die grössere oder geringere Ueberfüllung derselben, der jeweilige Ruf dieser oder jener Persönlichkeit, vor allen Dingen auch der Verpflegungspreis, dieselben wechselnden Verhältnisse der Anstalten in den nächstgelegenen Provinzen, alle diese und ähnliche nach unberechenbaren Bedingungen variirende Factoren sind es, von denen die Entfernung von Berliner Irren aus ihrer Heimath und die Versetzung fremder Irren hierher abhängen. Nehmen wir aber ohne jede Correktur die Zahl der Irren, welche sich am 3. December gerade in Berlin befinden, so verliert die Zählung ganz ungemein an Werth für die Statistik der Stadt. Es lässt sich z. B. nicht einmal ein Verhältniss der Irren zur Bevölkerung überhaupt berechnen; wir können keine sicheren Schlüsse aus dem Alter, der Religion u. s. w. ziehen, bei denen ja immer das Verhältniss zu den in der Population befindlichen Alters- oder Religionsgenossen in Betracht zu ziehen ist; wir können ferner nicht bei einer nächsten Zählung eine etwaige Zunahme der Geistesstörungen constatiren uud dgl. m. Bei diesen Uebelständen musste sich uns natürlich die Frage aufdrängen, ob nicht neben und mit der schon beschlossenen amtlichen Zählung ein Verfahren aufzufinden sei, durch welches wir die in Berlin vorhandenen fremden Irren abscheiden und die auswärts befindlichen Berliner Irren mit aufnehmen können. Es kann sich dabei, wie ausdrücklich bemerkt werden soll, natürlich nur um die in Anstalten lebenden Irren handeln; denn die in der Stadt sich aufhaltenden Geisteskranken werden, auch wenn sie von anderswoher gekommen sind, grade so mitgezählt, wie überhaupt alle Civilpersonen in die Bevölkerungszahl aufgenommen werden, ohne Rücksicht darauf, ob sie Berliner sind oder nicht. Wir haben nun nach mehrfachen Erörterungen keinen andern Ausweg zur Erreichung jenes Zweckes gefunden, als ein Verfahren, welches allerdings viele Schwierigkeiten und eine nicht ganz sichere Aussicht auf Erfolg bietet, welches wir aber doch der Gesellschaft vorschlagen wollten, um wenigstens einen Versuch zu machen. Unsre Meinung ging dahin, dass sich die Gesellschaft an die verschiedenen Anstalten wenden sollte, von denen anzunehmen dass sich in ihnen Berliner Irren befinden können, zunächst also wohl an die der Preussischen und der benachbarten Deutschen Staaten, und dass sie die Leiter derselben unter Einsendung einer den Zählungslisten im Ganzen ähnlichen Tabelle um Aufzeichnung der in ihrer Anstalt befindlichen Berliner Irren ersuchen sollte. Rechnen wir dann die in der Stadt Berlin selbst gezählten Irren hinzu, so erhalten wir die Summe aller Irren bis auf einen gewissen, nicht zu hohen Bruchtheil, der sich nicht erheben lässt. Es ist nicht zu verkennen, dass diese Methode viele Schwierigkeiten machen wird, doch scheint es immerhin rathsam, einen Versuch zu machen. Man wird dagegen einwenden, dass es eine schwierige Frage ist, wen man als Berliner ansehen soll, und in der That, wem dabei die complicirten Heimaths- und Armengesetze vorschweben, der dürfte die Lösung dieser Frage kaum für möglich halten. Doch wird sich in praxi die Sache leichter machen; denn jeder Vorsteher einer Anstalt muss ja an das hiesige Stadtgericht von der Aufnahme eines Geisteskranken aus

Berlin Anzeige machen, oder er weiss wenigstens, ob die Verpflegungskosten von hier aus bezahlt werden. Einem andern Einwurf, dass wir von Vielen keine Antwort erhalten werden, glauben wir dadurch begegnen zu können, dass wir auf die im Ganzen nur geringe Mühe, welche jedem einzelnen verursacht wird, und auf das Interesse hinweisen, welches die Aerzte der Irrenanstalten an der Lösung der statistischen Fragen haben. —

Nunmehr drängte sich uns die Frage auf, ob und in welcher Weise sich das in der Stadt Berlin vorhandene Material auch noch weiter und zwar wissenschaftlich würde verwerthen lassen. Wir können zu einem solchen Zwecke sowohl die hier in der Stadt gezählten Irren benützen, als auch eventuell die in auswärtigen Anstalten befindlichen, uns in der oben angegeben Weise bekannt gewordenen; denn es kommt in dieser Beziehung hauptsächlich auf den Umfang des Materials an. Es sind dabei besonders zwei Punkte in Betracht zu ziehen: erstens sind die Fragen zu erörtern, welche wir zum Gegenstande statistischer Untersuchungen machen wollen; zweitens sind die Wege aufzufinden, auf welchen wir die zur Beantwortung jener Fragen nöthigen Erhebungen erhalten können. Was nun den ersten Punkt anlangt, so glauben wir uns wieder auf solche Fragen beschränken zu müssen, welche am wenignigsten zu langwierigen Controversen Veranlassung geben, und welche sich verhältnissmässig leicht und einfach beantworten lassen.

Wir schlagen deshalb vor, ausser den schon in den Zählungslisten enthaltenen Personalien bei den Geisteskranken noch die folgenden Punkte in Betracht zu ziehen:

1. Die Heredität. Die Wichtigkeit dieser Frage wird wohl kaum von irgend einer Seite her angefochten werden. Sie ist bei der Erhebung im weitesten Sinne zu fassen, dergestalt, dass nicht nur auf die directen Ascendenten, sondern auch auf die Grosseltern und die seitlichen Blutsverwandten Rücksicht zu nehmen ist, dass ferner nicht blos die eigentlichen Geistesstörungen, sondern auch andere Neurosen, Selbstmord und Trunksucht in Betracht zu ziehen sind.
2. Ursachen der Krankheit. Es ist dies leider ein sehr delikater Punkt, der aber seiner grossen Wichtigkeit wegen nicht gut übergangen werden kann. Es kann sich aber auch unseres Erachtens gar nicht darum handeln, dass in allen Fällen eine Ursache angegeben werden muss; es ist vielmehr die Frage so aufzufassen, dass sie überall da unbeantwortet gelassen wird, wo sich nicht wenigstens mit einiger Sicherheit eine bestimmte Ursache angeben lässt, dass namentlich auch, vielleicht mit wenigen Ausnahmen in einzelnen Fällen, die sogenannten moralischen oder psychischen Ursachen bei Seite gelassen werden, dass dagegen hauptsächlich alle die Fälle registrirt werden, in denen sich mit einiger Sicherheit eine determinirende Veranlassung, besonders somatischer Natur, wie Puerperium, akute Krankheiten, Verletzungen, Syphilis, organische Hirnkrankheiten, Alkoholismus u. ä. nachweisen lässt. Erhalten wir auch nur 4—500 Fälle dieser Art, so würde dies schon ein werthvolles Ergebniss für unsere Untersuchungen versprechen.

3. Die pathologische Form. Hier ist es uns zunächst weniger um die psychologische Diagnose des Tobsucht, Melancholie, Verrücktheit und dergleichen zu thun, als vielmehr um eine Trennung derjenigen Fälle, welche mit Epilepsie oder welche mit Lähmung verbunden sind, von den übrigen. Wir erhalten dadurch, und zwar bei der im Ganzen nicht zweifelhaften Unterscheidung annähernd richtig, das Verhältniss der epileptischen und paralytischen Geistesstörungen zu den einfachen. Es erscheint dies aber besonders deshalb wichtig, weil die oft angenommene Zunahme der Geisteskrankheiten, wenn überhaupt vorhanden, wesentlich die sogenannte allgemeine Paralyse zu betreffen scheint.
4. Die Dauer der Krankheit, die am Besten wohl durch die Frage ausgedrückt wird, in welchem Lebensjahre das Individuum erkrankte. Diese Frage ist von hoher statistischer Wichtigkeit; denn sie allein kann zeigen, welchen Einfluss das Alter und gewisse Entwicklungsperioden auf die Entstehung von Geisteskrankheiten haben, was wir durch die einfache Angabe des Alters, in dem sich ein Kranker gerade befindet, nicht erreichen können.
5. Der Bildungsgrad. Wir haben hier vier Klassen anzunehmen geglaubt, welche im Allgemeinen wenigstens den Verhältnissen entsprechen dürften. Wir wollen solche Individuen, die gar nicht unterrichtet sind, solche, die Elementarkenntnisse haben, solche, die noch weitere Kenntnisse sich erworben haben, z. B. in Sprachen, Realien, und ähnlichem, endlich die Studirten unterscheiden.
6. Die letzte Frage wäre die nach der präsumtiven Heilbarkeit eine Frage, die allerdings immer ein sehr zweifelhaftes Resultat und zwar zu Gunsten der Heilbarkeit geben wird, die man aber doch nicht gut von der Hand weisen kann.

Für die von Geburt oder erster Kindheit an Geistesschwachen haben wir nur drei Punkte in Erwägung gezogen. Das erste war wiederum die Heredität und zwar in obigem Sinne. Die zweite Frage, welche wir stellen wollten, war die, ob die Individuen von blutsverwandten Eltern abstammen oder nicht. Die dritte Frage endlich würde darauf gerichtet sein, ob der Schwachsinn mit Epilepsie, oder mit anderweitigen körperlichen Anomalieen complicirt ist oder nicht.

Dies wären die Fragen, deren Lösung, so weit sie statistisch möglich ist, uns wünschenswerth erschien. Wenden wir uns nunmehr der Methode zu, welche wir anwenden müssen, um die numerischen Grundlagen ihrer Lösung zu erhalten, so wird diese eine verschiedenartige sein müssen. Wenn wir die in auswärtigen Anstalten befindlichen Berliner Irren mit in den Kreis unserer Untersuchungen ziehen wollen, so müssen wir wieder die Mitwirkung der Leiter jener Anstalten in Anspruch nehmen. Es würde sich aber gerade bei diesen nur um eine Erweiterung der Listen handeln, welche wir nach vorherigem Beschluss an die Anstaltsärzte schicken wollen. Es würden dann in den Listen noch 6 resp. 3 Rubriken für die eben erörterten Fragen anzufügen, und in dem Anschreiben an die Aerzte darauf hinzuweisen sein, in welchem Sinne

nach dem oben Erläuterten wir die Beantwortung jener Fragen wünschen Dieselben Listen werden dann natürlich auch bei der Untersuchung der hier in der Stadt vorhandenen Irren verwendet. Was diese anlangt, so haben wir die Zusicherung erhalten, dass uns bis spätestens Ende März k. M. alle hier am 3. December c. gezählten Irren mit Namen und Wohnung werden zugestellt werden, und dass wir, was die Unbemittelten anlangt, der Mitwirkung der Armenärzte bei der Aufnahme weiterer Erhebungen sicher sein können. Was dagegen die in besseren Verhältnissen lebenden anlangt, und deren wird keine zu grosse Zahl sein, so würde es unsrer Privatthätigkeit anheimfallen, sich, wo es angeht, an die behandelnden Aerzte zu wenden. So complicirt übrigens alle diese Wege erscheinen, und so mühevoll sie auch in der That sein werden, so glauben wir doch nicht, dass die Schwierigkeiten, welche sich darbieten, unüberwindliche sein werden; es dürfte sich vielmehr bei einiger Thätigkeit und Interesse für die Sache ein ganz werthvolles Resultat erhalten lassen.

(Fortsetzung folgt.)

XI.

Bücher-Anzeigen.

1.

H. Maudsley, The Physiology and Pathology of the Mind. London 1867.

Die vorliegende Schrift dürfte die bedeutendste Arbeit auf psychiatrischem Gebiet in diesem Jahre sein und ich wünsche, dass sie lange einen Einfluss in unserer Wissenschaft ausüben und manchem Anfänger als Leiter in derselben dienen möge, wie sie dem Sachkenner stets manchen Stoff zum Nachdenken geben wird. Das Buch will kein Compendium der Psychiatrie, sondern eine Physiologie und Pathologie des Seelenlebens sein; es geht hieraus eine überwiegend theoretische Haltung hervor; aber der Verfasser, früher Arzt an der Irrenanstalt von Manchester, zeigt besonders im letzten, therapeutischen Capitel Erfahrung und Sachkenntniss genug, um in den wichtigsten practischen Fragen, die heute auf der Tagesordnung stehen, volle Aufmerksamkeit für seine Sätze beanspruchen zu können. Diese Sätze zeugen von ebenso viel Offenheit und Freimuth gegenüber manchen herrschenden Ansichten, als von der rechten Humanität, nicht von der sentimentalen, sondern von der practischen Sorte. Uebrigens wird die Praxis nicht allein durch Regeln und Aufstellungen für das unmittelbare Handeln, sondern noch gründlicher dadurch gefördert, dass unser Verständniss der Dinge vertieft wird, und ich glaube, dass man dies mit Recht von diesem Buche sagen kann.

Fast die Hälfte des Buchs beschäftigt sich mit der Physiologie des Seelenlebens, mit der normalen Psychologie. Wir erkennen hier überall als Hauptzweck des Verfassers, die geistigen Phänomene statt von einem metaphysischen, vom physiologischen Standpunkte zu behandeln, und die vielfachen Belehrungen, welche die geistigen Erkrankungen bieten, zur Deutung der dunkeln Probleme der Psychologie zu verwerthen. Er ist mit den deutschen Arbeiten auf diesem Gebiete vertraut und hat dieselben reichlich benützt. Kenntniss der philosophischen Sätze, wie man sie selten bei einem Arzte finden wird, befähigen ihn zu mancher treffenden Critik des Apriorismus.

Im ersten Capitel wird der Leser klar dargelegt finden, wie auch für die Betrachtung der geistigen Phänomene die inductive Methode die einzig zulässige ist und wie gänzlich die wahre Selbstbeobachtung sich unterscheidet von dem Verfahren, psychologische Sätze aus Worten, mit denen einzelne subjective Phänomene bezeichnet werden, z. B. dem „Bewusstsein“ entwickeln und herausspinnen zu wollen. — Zum Besten im ganzen Buche gehört die Aus-

einandersetzung, wie in den Productionen des Geistes eben ein unbewusstes Thun waltet, und zwar um so mehr, je höherer Ordnung sie sind, wie gerade die grossartigen Resümirungen unserer Kenntnisse, die das Genie in neu entdeckten Sätzen liefert, aus einem spontanen, von jedem absichtlichen Mithelfen freien Process hervorgehen.

Im zweiten Capitel über das Verhältniss des Geistes zu den Nervenapparaten gefiel es uns, wie die seichte Vergleichung des Hirns und der Gedankenbildung mit der Leber und der Gallenbildung zurückgewiesen wird: die Leber, sagt der Verfasser mit vollem Rechte, bereitet Galle von der Zeit ihrer ersten Bildung an, während die höheren Functionen des menschlichen Hirns nur das Product langer Ausbildung und Erziehung sind.

Der Verfasser betrachtet in den folgenden Capiteln nach der Reihe die Functionen der Centralorgane vom Rückenmarke und den Reflexactionen aufsteigend zu den sensorischen Centren und der Sensation und zu den höchsten cerebralen Centren und der Vorstellung. Er geht dann zu den einzelnen besonderen Seiten der Seelenthätigkeit, den Gefühlen, dem Wollen und überhaupt der motorischen Seite des Seelenlebens, endlich zum Gedächtniss und zur Einbildungskraft über. Die Thätigkeiten des Sensorium commune, des Intellectorium commune, des Motorium commune werden so physiologisch, als es heute möglich ist, entwickelt. Wird man hier lauter schon jetzt und für alle Zeiten feststehende Sätze erwarten? Nein; so oft müssen wir uns auf diesem Gebiete mehr an Analogieen als an wirkliche Erklärungen halten, die Details der Vorgänge sind uns noch völlig verhüllt, aber ich glaube, dass die grossen Umrisse, die der Verfasser gegeben hat, im Ganzen richtig sind und ich freute mich zu sehen, dass er sich in seiner Behandlungsweise der Sache und in manchen Hauptsätzen an gewisse deutsche physio-psychologische Arbeiten angeschlossen hat; es ist ein Vortheil für diese gewesen, dass sie in die Studien eines so gebildeten und weitblickenden Geistes eingegangen sind, um nun combinirt mit der Summe seiner eigenen Kenntnisse weiter entwickelt zu werden und zu weiterer Wirksamkeit zu gelangen. Auch ist es von hohem Interesse, wie der Verfasser oft zeigt, dass unsere heutige physio-psychologische Analyse mit den Sätzen solcher Denker, die über den menschlichen Geist gerade das Tiefste und Bedeutungsvollste ausgesprochen haben, namentlich Spinoza's, ganz zusammentrifft. Diese ganze Darstellung der normalen physiologiscen Psychologie kann dem, der den heutigen Standpunkt dieser Lehren resümirt kennen lernen will, zum Studium empfohlen werden; sie ist vorzüglich geeignet, ihn zugleich auf den Standpunkt zu stellen, auf dem er in der Pathologie der geistigen Thätigkeiten stehen soll.

Der zweite, pathologische Theil des Buches beginnt mit der Aetiologie der Geisteskrankheiten, in der uns auch das stete Bestreben, zu einem physiologischen, hier also pathogenetischen Verständniss zu gelangen, entgegentritt. Vielleicht ist die Heredität und besonders das degenerative Element in der Heredität hier zu wenig betont worden.

Es folgt dann ein Capitel über die Geisteskrankheiten im kindlichen Alter, die längst eine eigene Monographie verdient hätten. Bis wir eine solche haben, kann diese Arbeit als die befriedigendste über das Thema betrachtet werden. Der Verfasser entwickelt den Satz, dass das Irresein im Kindesalter im Ganzen mehr ein sensorielles und excitomotorisches, als ein

eigentliches Vorstellungs-Irresein sei und zeigt sehr schön, wie die Phänomene dieses Irreseins aus den normalen Eigenthümlichkeiten des kindlichen Seelenlebens hervorgehen. Die einzelnen Formen, partielles (monomanisches), choreïsches, cataleptisches etc. Irresein werden kurz dargelegt und mit Beispielen erläutert und ich vermisste nichts, als ein Wort darüber, wie bei gewissen Individuen, die uns im erwachsenen Alter als sogenannte „Verrückte" (deutscher Terminologie) zur Beobachtung kommen, sich zuweilen schon ins frühe Kindesalter vereinzelte, aber bedeutende Verkehrtheiten der Gefühle, Bestrebungen, einzelne depravirte Instincte, einzelne falsche Gedankenbildungen in Betreff der eigenen Persönlichkeit zurückverfolgen lassen.

Die Eintheilung der Geisteskrankheiten, wie sie der Verfasser giebt, ist wieder, wie bis jetzt fast überall, eine rein psychologische. Hier wunderten wir uns über einzelne Auffassungen, die uns nicht glücklich scheinen und den Anfänger verwirren können. Manie und Melancholie werden als das eigentliche intellectuelle oder Vorstellungs-Irresein (ideational insanity) aufgeführt, wiewohl die grosse Rolle der Depression und Exaltation der Gefühle bei ihnen anerkannt wird. Die Beispiele, die für die Monomanie, das partielle Irresein, beigebracht werden beziehen sich fast alle auf Melancholie, so dass man eigentlich die Melancholie wieder, wie in der älteren französischen Schule, bei der Monomanie findet, während die Manie das allgemeine intellectuelle oder Vorstellungs-Irresein darstellt. — Wann wird die Monomanie aus der Psychiatrie verschwinden? — Macht doch der Verfasser selbst die feine Bemerkung, dass die ganze Ansicht von dem auf wenige Vorstellungen beschränkten Irresein aus der Beobachtung des Irrenhauses hergenommen sei, während dieselben Individuen, wenn sie sich gegenüber den Anforderungen des Lebens in der Welt befinden, bald ein ausgebreitetes Irresein zeigen — eine Bemerkung, die übrigens keineswegs für alle Fälle von „Verrücktheit" ohne Ausnahme gilt. — Vortrefflich aber in dieser Betrachtung der einzelnen Formen sind die Bemerkungen über die leichter pathologischen Zustände des Geistes, das insane temperament, über die eigenthümlichen, sonderbaren, excentrischen, nicht ganz richtigen Menschen mit den impulsiven Capricen des Denkens, Fühlens und Benehmens; das Verhältniss der Originalität und der wahren Genialität zum Irresein wird durch anziehende, geistreiche und wahre Bemerkungeu erläutert. Ebenso befriedigend schien uns der Gemüthswahnsinn (affective insanity) in den beiden Formen der impulsiven und der eigentlichen moral insanity dargestellt. — Bei der Paralyse schliesst sich der Verfasser mit Recht der Ansicht an, dass der Grössenwahn nicht distinctiv für die Krankheit sei, dass man richtiger das Charakteristische der Krankheit in der progressiven Abnahme der geistigen Kräfte, verbunden mit sich ausbreitender Muskelparese zu finden habe. Auffallend war es uns, sowohl bei der Darstellung der Formen, als im allgemeinen Theile den Hallucinationen, diesen capitalen Elementen der Geisteskrankheiten, relativ wenig Aufmerksamkeit geschenkt zu sehen.

Die Capitel über pathologische Anatomie, Diagnose und Prognose der Geisteskrankheiten stellen den heutigen Stand unseres Wissens im Ganzen gelungen dar. Reich an originellen Gesichtspunkten und erfreulich für jeden Freund des Fortschrittes in der Behandlung unserer Kranken ist das Capitel vou der Therapie. Der Verfasser bespricht die Vorurtheile des Publikums, das noch

nicht ganz erloschene odium, wenigstens die im Allgemeinen wenig freundliche Stimmung der Laien gegenüber den Geisteskranken; aus diesen Stimmungen leitet er zum grossen Theile das jetzige System her, Kranke bloss desshalb, weil sie geisteskrank sind, lange in Anstalten einzuschliessen, während dies überhaupt nur da geschehen sollte, wo es zur Heilung oder zum eigenen Schutze des Kranken und zum Schutze der Gesellschaft nothwendig ist. Wiewohl in den Anstalten sehr zahlreiche chronische Fälle sich finden, welche ganz wohl aus ihnen entlassen werden könnten, so sieht doch die öffentliche Meinung hierin heutzutage kein Unrecht, sie kann sich in den anderen Zustand noch nicht hineindenken und beruhigt sich leicht mit der guten Verpflegung der Irren in den Anstalten. Ueber letzteren Punkt findet sich S. 426 eine schöne Stelle, die ganz mit dem zusammenstimmt, was in diesem Hefte, S. 38 bemerkt worden ist.

Dass die Anstalten für gewisse Classen von Kranken nothwendig und nützlich sind, erkennt der Verfasser natürlich in vollem Masse an, spricht sich aber für die familiale Pflege und Behandlung als Hauptmodus der Irrenfürsorge aus. Gewiss, sagt er mit Recht, ist dieses System noch unvollkommen, wie ja auch die Asyle nicht gleich ihre heutige Stufe der Entwicklung erreichten; aber wie rasch bei Ernst und gutem Willen die Vervollkommnung möglich sei, zeige das Beispiel von Schottland, wo die zahlreichen, in Privatverpflegung befindlichen Irren vor wenigen Jahren noch elend gehalten waren und nirgends die Sorgfalt fanden, die ihr Zustand erforderte; jetzt schon ist Alles anders, Belehrung und systematische Aufsicht haben einen Zustand herbeigeführt, der wenig zu wünschen übrig lässt und die grössten öconomischen Vortheile bietet. Schliessen wir unsere Anzeige mit den Worten, mit denen der Verfasser, selbst früher Arzt an einer grossen Anstalt, sich an die Anstaltsdirectoren wendet: „Es ist natürlich und wohl zu rechtfertigen, wenn ein Mann, der eine grosse Anstalt in treffliche Ordnung gebracht hat und durch sein geistiges Regiment alle ihre Bestandtheile in einem wohl abgewogenen Gleichgewichte erhält, sich stolz fühlt auf sein Werk und mit Befriedigung auf die treffliche Organisation des Ganzen sieht; aber möge er wohl auf seiner Hut sein, dass die Befriedigung über seine Erfolge und das lebhafte Interesse, das er in sich fühlt, ihn nicht gegen die Fehler verblende.“

2.

Twentieth Report of the Commissioners in Lunacy to the Lord Chancellor. 1866.

Tweuty First Report of the Commissioners in Lunacy to the Lord Chancellor. 1867.

Ninth annual Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland. 1867.

Fifteenth Report on the District, Criminal and Private Lunatic Asylums in Ireland. 1866.

Sixteenth Report on the District, Criminal and Private Lunatic Asylums in Ireland. 1867.

Das lehrreiche Studium dieser neuesten officiellen Berichte an das Parlament über den Zustand des Irrenwesens in Grossbritannien gibt zn mancherlei Vergleichen mit Deutschland Anlass Die Commissioners, Beamte ad hoc,

in der Mehrzahl anerkannte irrenärztliche Autoritäten, legen jedes Jahr einen treuen, streng objectiv gehaltenen, in das kleinste Detail statistisch eingehenden Bericht über das Irrenwesen in England, Schottland und Irland vor; jede einzelne der zahlreichen öffentlichen und Privatanstalten wird in ihm erwähnt, jede einigermassen erhebliche Veränderung in einer solchen aufgeführt, jeder ernste Unglücksfall mitgetheilt; die Statistik der Aufnahmen, Entlassungen, Todesfälle wird, wie sich von selbst versteht, auf's Sorgfältigste durchgeführt. In der Oeffentlichkeit dieser Berichte liegt ihr Hauptwerth; das englische Publikum, die ganze Welt kann sich im Einzelnen überzeugen, dass und wie hier für die Irren gesorgt ist, dass Männer wachen und arbeiten, die nicht bloss als Beamte Vertrauen in Anspruch nehmen, sondern die Allen Gelegenheit geben müssen, ihr Vertrauen fest auf Thatsachen und auf öffentliche Leistungen zu gründen. Die französischen General-Inspectoren mögen viel Gutes und Nützliches thun, die Irrenärzte der Provinz mögen mit Achtung und Hoffnung zu ihnen aufblicken; ihre Arbeit gelangt nicht an die volle Oeffentlichkeit und das Publikum kann nicht die Sicherheit gewinnen, dass das was geschieht, richtig ist, weil es überhaupt nicht weiss was geschieht. Unsinnige Angriffe auf die Anstalten und auf das bestehende Irrengesetz, wie sie in Frankreich in den letzten Jahren zum Vorschein kamen, wären in England eine Unmöglichkeit. — In Deutschland will man es noch gar nicht wissen, die öffentliche Meinung hat sich bisher noch gar nicht für die Frage interessirt, was denn eigentlich in Betreff der öffentlichen und besonders auch der Privatanstalten wirklich das Richtige sei und was Rechtens sein sollte. Vielen mag es so am besten scheinen; warum wir nicht dieser Ansicht sind, können wir hier nicht weitläufig begründen. — Wenn aber je eine Aenderung in diesen Dingen eintreten soll, so müsste nach unserer Ansicht vor allem Anderen durch öffentliche und officielle Berichte der gegenwärtige und thatsächliche Zustand, was besteht, was es leistet und was es kostet, objectiv dargelegt werden und es müsste für die Zukunft in derselben Weise wie in England Jahr um Jahr offene und unpartheiische Rechenschaft abgelegt werden.

Man glaube desshalb nicht, dass wir diese Berichte ohne Weiteres bewundern. Nein, wir haben Manches an ihnen auszusetzen und wenn es in Deutschland einmal dazu kommt, wird man sie, hoffen wir, hier noch besser machen. Wir vermissen nicht nur in allen drei Berichten fast jeden Aufschluss über manche wichtige Thatsachen, wie über die Zahl der Paralytiker und der Epileptiker in den Anstalten und über gewisse ätiologische Verhältnisse, namentlich die Heredität; wir haben noch eine allgemeinere und wichtigere Ausstellung zu machen. Alles Materielle des Irrenwesens zeigt sich in diesen Berichten vortrefflich überwacht und berücksichtigt, man sieht mit Freude, welche Sorgfalt sich der Luft, der Reinlichkeit, den Betten, Kleidern, Schuhen etc. in den Anstalten zugewendet hat; es ist höchst anerkennenswerth, wie die Ruhe oder Unruhe auf den Abtheilungen beobachtet wird, wie auf heitere, freundliche Gestaltung und Ausschmückung der Räume, auf Comfort, Wohlsein und Unterhaltung der Kranken hingewirkt wird. Aber ob der Geist der Wissenschaft in den englischen Anstalten herrscht, davon erkennt man fast gar nichts in diesen Berichten. Mit Ausnahme einiger Krankheitszahlen bei den Todesfällen und einiger Epidemieen, die hier und da in einer Anstalt vorkamen, erfährt man von Allem, was Jahr aus Jahr ein in pathologischer,

diagnostischer, therapeutischer Hinsicht gemacht und erlebt wird, so gut wie Nichts. Man möchte glauben, wenn ein englischer Irrenarzt das ganze Jahr durch keine einzige Obduction machte, wäre er in den Augen der Commissioners weniger zu tadeln, als wenn einer seiner Patienten einen zerrissenen Rock trägt. Gewiss steht die gute Pflege und Haltung der Kranken für eine beaufsichtigende Behörde in erster Linie, aber man muss das Eine thun und das Andere nicht lassen, denn wo in irgend einem Krankenhause wissenschaftlicher Geist nicht gepflegt wird, da ist Gefahr vorhanden, ins grob Materielle und Mechanische zu verfallen.

Trotzdem können wir sehr viel aus diesen Berichten lernen und alle Irrenärzte sollten nicht verfehlen sie jährlich zu studiren. Hier, wo wir keinen Auszug geben können, führen wir nur einige der interessantesten Punkte an.

In England und Wales waren am 1. Januar 1867 49,082 öffentlich oder privatim versorgte Irre, in Irland 8,962 solche (ausserdem sehr viele unversorgte); in Schottland, für welches die neueste Zahl noch nicht vorliegt, waren es am 1. Januar 1866 5490 versorgte Irre; im Ganzen also in Grossbritannien 63,534 solche. — Der Bericht für England (p. 63) gibt an, dass unter den 24,748 armen Irren in den öffentlichen Asylen Englands nur 2,491 irgend eine Hoffnung auf Herstellung bieten, die übrigen 22,257 unheilbar sind. Colney-Hatch, die grösste Anstalt der Welt, enthält jetzt 2036 Irren, worunter 83 heilbare, Hanwell unter 1723 Irren 56 heilbare. Das Heer der 2036 Kranken in Colney-Hatch steht unter 2 Oberärzten und 2 Assistenzärzten, 2 Inspectoren und 2 Matronen, 1 Wäsche-Aufseherin, 1 Arbeits-Aufseherin, 12 Oberwärtern und 162 Wärtern. Beide Anstalten sind überfüllt und haben im letzten Jahre eine Menge Kranke zurückweisen müssen.

Aus England und Irland ertönt die Klage über zunehmende Ueberfüllung aller Anstalten, neue Asyle werden erbaut, alte vergrössert, aber nie will sich das Bedürfniss decken lassen. Im Jahre 1844 gab es in England und Wales 16 Anstalten für arme Irre mit 4336 Insassen, heute gibt es deren 49 mit 24,748 solchen; aber noch ist nur für 61 Procent der armen Irren und Idioten gesorgt. — In Schottland sind von den 5490 versorgten Irren 1568 (28 Procent) in familialer Verpflegung (Private Dwellings). Der um diese Sache so hoch verdiente Dr. Mitchell, welcher als Commissioner für einen grossen Theil dieser Kranken wirkt, sagt p. 251: „Einer der mehr öconomischen Wege, eine gewisse Classe von Irren zu versorgen, ist der, über den ich eben jetzt berichte (die Verpflegung in Familien). Wenn sich zeigen lässt, dass er eingeschlagen werden kann ohne Nachtheil für die Kranken, so würde ihn schon die Rücksicht auf Oeconomie allein empfehlen. Aber es spricht noch mehr für ihn: es kann kaum von Jemanden in Frage gestellt werden, dass eine gewisse Classe von Irren sich in einem Privathause glücklicher fühlt und besser versorgt ist als in irgend einem Asyle, und meine eigene Beobachtung führte mich zu dem Schlusse, dass die Zahl dieser Irren nicht unbeträchtlich ist.“ So spricht die Erfahrung. — Vergleicht man damit, dass in England noch viele Tausend Irren in Workhouses, in Irland heute noch über 300 aus Mangel an anderer Unterkunft in Gefängnissen sich befinden, so wird man mit um so grösserer Befriedigung auf den Zustand in Schottland hinblicken. Der Gedanke, in England zu demselben Systeme überzugehen, taucht bei den Commissioners auf (p. 70 des englischen Berichts), sie zweifeln noch, ob er

sich mit wirklichem Nutzen für die Asyle wird ausführen lassen, aber der Gedanke wird sich Bahn brechen; man bedenke, welche Auskunftsmittel für jetzt vorgeschlagen werden: Neben dem Neubau und der Vergrösserung vieler neuen Asyle sollen die ruhigen und harmlosen Irren mehr und mehr dem Workhouse zugeschickt und (p. 73) es sollen für die ruhigen Unheilbaren ganz neue, zwischen Workhouse und Asyl die Mitte haltende Pflegehäuser errichtet werden. In Irland aber (1866 p. 7) wird wenigstens das Verlangen ausgesprochen, dass die so kostspieligeu regelrechten Asyle auf die beschränkt werden möchten, die heilbar seien oder die zum Schutze für sich selbst und Andere steter Aufsicht bedürfen.

Aeusserst wohlthuend ist es, aus den Berichten, besonders aus den englischen und schottischen, zu ersehen, wie in den Asylen für arme Kranke überall auf eine freundliche und heitere Gestaltung, auf Schmuck der Räume, auf Unterhaltung und Zerstreuung der Kranken hinzuwirken gesucht wird, äusserst wohlthuend, wie man sich (im englischen Bericht) auch mit den Eigenthums-Interessen der Kranken mit Erfolg beschäftigt, äusserst wohlthuend endlich, wie Nachlässigkeiten im Dienst und Unglücksfälle offen dargelegt und die nach Umständen strengeren oder milderen Massregeln dagegen mitgetheilt werden. Die guten Privat-Anstalttn werden in motivirter Weise gelobt, die schlechten mit specieller Angabe ihrer Missbräuche oder ihrer ungenügenden Eigenschaften streng censurirt; die ausführlichsten Angaben über die einzelnen Anstalten (fast 100 enggedruckte Seiten) enthält der schottische Bericht.

Die „Criminal Lunatics“, aus denen man in England nach unserer Meinung sehr mit Unrecht eine eigene Classe macht, sind in England selbst in Broadmore (421 Irre), in Schottland in dem Centralgefängnisse zu Perth (56 Irre), in Irland in der Centralanstalt Dundrum (116) detinirt. Es sind also im Ganzen gegen 600 Irre, welche unter äusserst harten Ausnahmsgesetzen stehen, so dass für die meisten, selbst wenn sie ganz genesen sind, die Detention eine lebenslängliche ist, wogegen sich allerdings der Bericht sowohl für Schottland als für Irland erklärt. Traurige Consequenz des falschen Systems, eigene Anstalten für Menschen zu errichten, bei denen mit dem Unglück der Geisteskrankheit das Unglück einer verbrecherischen Handlung zusammentrifft! — Unter den 116 Kranken von Dundrum sollen sich nur 5 Epileptiker befinden, 5 werden als moral insanity bezeichnet.

Eigenthümlich für Schottland ist es, dass die Asyle auch Trunkenbolde aufnehmen dürfen, welche sich freiwillig in Behandlung geben wollen, und dass es ein eigenes Institut, Queensbury Lodge in Edinburgh gibt, wo speciell nur die Trunksucht Behandlung findet.

Die Fülle noch vieler interessanter Thatsachen, die diese Berichte enthalten, macht sie zu einer so belehrenden und den Gesichtskreis erweiternden Lectüre.

3.

C. Frommann, Untersuchungen über die normale und pathologische Anatomie des Rückenmarks. II. Theil. Mit 6 Tafeln. Jena, Verlag von Fr. Frommann. Gr. 4⁰.

Frommann hatte in einem 1864 erschienenen ersten Theile die normale Histologie des Rückenmarks und einen Fall von Myelitis einer detaillirten

Untersuchung unterzogen; der soeben erschienene zweite Theil ergänzt zunächst einige Punkte, namentlich in Betreff der normal vorkommenden zelligen Elemente des Bindegewebes, und wendet sich dann nach einem historischen Rückblicke auf die bisherigen Untersuchungen der grauen Degeneration, der Untersuchung eines Rückenmarkes zu, welches in verschiedenen Strängen die genannte Veränderung erlitten. Wir können dem Verfasser hier nicht in die vielfachen Einzelheiten folgen und müssen uns mit der Hervorhebung einiger Hauptpunkte begnügen, indem wir im Uebrigen den Leser auf das genauere Studium des Werkes selbst hinweisen.

Bei Besprechung des Bindegewebes im Rückenmarke behandelt der Verfasser zuerst die Frage über die sogenannten His'schen Lymphräume und sucht gegen His nachzuweisen, dass es sich hier nicht um präexistirende Räume handelt, sondern dass die Spalten leicht da entstehen, wo solide Gebilde an faserige Gewebe grenzen; bei Injectionen findet die injicirte Masse längs der Gefässe einen geringeren Widerstand, als zwischen den innig verkitteten Nervenfasern und dringt unter Lösung der Verbindung zwischen Pia und Rindenschichtfortsätzen entlang der grösseren Gefässe und Capillaren vor. Sodann wird der Bau der normal im Rückenmarke vorkommenden zelligen Elemente ausführlich erörtert; es zeigte sich bei genauerer Untersuchung, dass Kern und Kernkörperchen nicht in sich abgeschlossene, einfache, sondern zusammengesetzte Gebilde sind und den Ausgangspunkt von Fasern und Fäden (Kernfasern, Kernkörperchenfäden) bilden, durch welche sie theils mit dem Protoplasma, theils mit dem die Zellen umgebenden Gewebe in Verbindung stehen; an einigen Zellen konnten die Fäden nicht bis zum Kern oder nur bis an denselben verfolgt werden. Aehnlich wie die Zellen der Glia verhielten sich in dieser Beziehung die der Pia, der Capillaren, des Nabelstranges und des Knorpels, so wie die Knochenkörperchen und die Epithelien der Lippenschleimhaut; an den Ganglienzellen der Vorderhörner hatte Verfasser bekanntlich schon früher Fäden, vom Kernkörperchen ausgehend, wahrgenommen, die zum Theil schon innerhalb des Kernes wieder verschwanden, zum Theil in das Protoplasma übergingen und in demselben verschwanden oder frei von der Zelle abtraten. Neuerdings fand Verfasser, dass einzelne der vom Kernkörperchen abtretenden und scheinbar im Kern verschwindenden Fasern in Körnchen desselben übergehen, die in der Nachbarschaft des Kernkörperchens liegen, wie denn auch solche Körnchen in den oben genannten Zellen der Glia u. s. w. als Abgangs- und Verbindungspunkte von Fäden eine wesentliche Rolle spielen. Diese feineren Verhältnisse der zelligen Elemente erfahren eine ausführliche und detaillirte Besprechung; hieran schliesst sich, nach einer historischen Einleitung über die bisherigen Thatsachen und Ansichten in Betreff der grauen Degeneration, die Untersuchung der histologischen Verhältnisse der letzteren, wobei ein seit dem Jahre 1857 in Chromsäure aufbewahrtes Präparat den Gegenstand der Untersuchung bildete. Es waren ergriffen im Halstheile vorwiegend die Seitenstränge, nächst ihnen am meisten die Fissurenabschnitte der Hinter- und Vorderstränge; im Rückentheile sämmtliche Stränge in ihrer ganzen Ausdehnung; im Lendentheile wieder die Seitenstränge vorwiegend. Der Arbeit des Verfassers liegt namentlich die Untersuchung des rechten Seitenstrangs zum Grunde, an welchem die Uebergänge der Entartung in das gesunde Gewebe im ganzen Umfange des degenerirten keilförmigen

Stückes sich verfolgen liessen. Die Untersuchung der Veränderungen am Bindegewebsgerüste und den Gefässen ergab Folgendes: An der Rindenschicht erwies sich ein grosser Theil der Bindegewebsfasern verdickt, auch zeigte sich eine Verdickung und Verbreiterung der durch Zusammenfluss mehrerer Fasern entstehenden plattenartigen Gebilde. Dabei fanden sich häufig stellenweise knotige Verdickungen und Auftreibungen einzelner Fasern und Platten, oder es gingen von ihnen rundliche, traubige oder gelappte Auswüchse aus, die frei in die Maschen hineinragten. Andere Fasern waren mit dicht hinter einander gestellten, kleinen, körnigen Hervorsprossungen bedeckt, die mitunter zu einem continuirlichen, die alte Faser einfassenden, schwach lichtbrechenden Saum zusammengeflossen waren. Die Maschen des Gewebes waren zum Theil ausgefüllt durch ein sehr zartes und dichtes Netzwerk feinster Bindegewebsfasern, das von den Maschen begrenzenden Fasern ausging, während an andern Stellen die erwähnten Säume zu dünnen, hautartigen, die Maschen ganz ausfüllenden Bildungen verschmolzen waren. Die Zellen zeigten ein ähnliches Verhalten wie in dem gleich zu erwähnenden angrenzenden degenerirten Gewebe des Seitenstrages. Die Veränderungen des letzteren gestalteten sich etwas verschieden in der peripherischen und mehr nach innen gelegenen Schicht. In der peripherischen Schicht fanden sich dieselben Veränderungen der Bindegewebsfasern wie in der Rindenschicht, indess kamen die Fasern mit körnigen, knotigen oder saumartigen Auswüchsen häufiger vor und waren dieselben strichweise selbst zu ganz dichtstehenden Fasern ausgewachsen, die unter sich und mit den übrigen Fasern sich zu einem ausserordentlich dichten Maschennetze verbunden hatten. Die Beschaffenheit des Gewebes war dann in einer auf den ersten Blick auffallenden Weise verändert; es hatte sein durchbrochenes lichtes Aussehen in Folge der dichten Aneinanderlagerung der Fasern verloren, die vorhandenen Maschen waren sehr eng und in ihnen wieder sehr zahlreiche Querschnitte von Fasern sichtbar, die von anderen Richtungen her eingewachsen waren. Die Stellen mit Faserneubildung fanden sich an verschiedenen Schnitten in wechselnder Häufigkeit und Ausdehnung, besonders häufig in der Umgebung der Gefässe, im Ganzen aber schienen die mit Verdickung (und Schrumpfung) der Fasern zu überwiegen und bedingten beim Ausfall der Mehrzahl der Nervenfasern ein schon bei schwacher Vergrösserung hervortretendes maschiges Aussehen der peripherischen Schicht des Seitenstranges. Die Zellen der Bindesubstanz waren vielfach, gleichmässig oder ungleichmässig, vergrössert und durch Verdichtung der peripheren Schicht des Protoplasma ausgezeichnet, welche eine scharf begränzte, stark glänzende und doppelt contourirte, oft beträchtlich verdickte Einfassung des Zellkörpers bildete und in die verdickten, homogen, glänzend und starr aussehenden Zellfortsätze auslief. Neben einem oder mehreren Kernen enthielten die Zellen häufig noch einen oder ein paar kleine Kerne vom Aussehen der (in einem früheren Abschnitte der Arbeit beschriebenen) „Körner“ und eine Anzahl kleiner glänzender Körnchen, die zum Theile Anhäufungen von den Kernen nach den Zellausläufern zu bildeten und sich auch wohl in letztere hinein erstreckten. Ein Theil der Zellen und ihrer Ausläufer zeigte ausserdem stellenweise einen Besatz mit körnigen oder fasrigen, zarteren und derberen Auswachsungen, dicht zusammenstehend und kurz endend. Andere

Zellen boten ein von den beschriebenen etwas abweichendes Bild dar: sie traten auf den ersten Blick nicht, wie die vorigen, als kernhaltige Knotenpunkte des Fasergerüstes hervor, sondern es schienen ein oder mehrere Kerne frei in das Gewebe eingebettet und durch eine Lücke von den umgebenden Fasernetzen getrennt. Es fand sich indess, dass auch hier die Kerne von einer sehr zarten, leicht zu übersehenden, homogenen oder fein granulirten, nicht scharf contourirten Protoplasmaschicht umgeben waren, von der eben so beschaffene oder glänzende Zellfortsätze ausgingen; an einzelnen dieser Zellen waren gewisse Abschnitte der Zellperipherie gleichfalls glänzend (sclerosirt). Die Kerne waren in den Zellen mit aufgelockertem Protoplasma vermehrt und zahlreicher als in den verdichteten; ausserdem fanden sich auch Kerne vereinzelt viel häufiger als normal in die Knotenpunkte der Gliafasern eingelagert, die von den Kernen abgehenden Fasern waren zum Theil dick und benachbarte mitunter durch ein oder zwei Fäserchen mit einander verbunden, wie es Verfasser an Kernen normaler Capillaren gefunden hatte; dabei nahmen sie eine viel schwächere Carminfärbung an als die Kerne in den gesunden Parthien des Marks, so dass sie leicht übersehen werden können. Von den Nervenfasern waren meist nur freie Axencylinder sichtbar, markhaltige kamen nur vereinzelt vor und zeigten grosse Breitendifferenzen der Markscheide; ihr Durchmesser, so wie auch zum Theil der der Axencylinder, übertraf öfter den normalen. —

Die Untersuchung des inneren Abschnittes des degenerirten Seitenstranges ergab, dass das Gewebe an den meisten Stellen einen ganz anderen Charakter angenommen hatte. An der Grenze der peripheren Schicht trat an Längsschnitten ein ausgesprochenes längsfasriges, oft welliges Ansehen der Schnittfläche hervor; die einzelnen Fasern (Fibrillen) waren theils frei, theils ziemlich derb und von steifem, starren Aussehen, von einem, dem der elastischen Fasern ähnlichen Glanz, gerade, geschlängelt oder zickzackförmig; mitunter waren an ihnen kleine Knötchen, oder körnige und kurze fasrige Hervorragungen wahrzunehmen. An Theile der alten, verdickten, knollig oder lappig ausgewachsenen Gliafasern, deren Zahl sehr gering war, konnte dabei nicht gedacht werden. Es ergab sich, dass es in den Gliafasern zur Bildung sehr feiner Fibrillen gekommen war, aus deren Auswachsungen dann die frei vortretenden Fibrillen erst hervorgegangen waren. Es traten nämlich, wie sich bereits in der äusseren Schicht gezeigt hatte, ein bis zwei oder kleine Bündel von drei bis sechs dicht zusammengedrängten Fibrillen in den Fasern hervor, von der homogenen, blassen Substanz der letzteren wie von einer Kittsubstanz zusammengehalten. Wie an den Längsfasern, so war auch an einer Anzahl der quer und schräg verlaufenden und sie verbindenden Fasern eine fibrilläre Spaltung eingetreten. Von den Grenzen der Fasern traten häufig Fibrillen ab, indem sich von den in der Faseraxe verlaufenden Fibrillen einzelne ablösten, oder die abtretende Fibrille einer innerhalb der Faser verlaufenden entspross oder aus einem der Körnchen entsprang, welche sich zwischen den Fibrillen fanden. Die fibrillären Auswachsungen waren häufig in die nach Schwund des Marks um den Axencylinder gebliebenen Lichtungen vorgedrungen und hatten sie zum Theil ausgefüllt. Stellen, wo neben freien Fibrillen fibrillenhaltige alte Gliafasern noch deutlich unterschieden werden konnten, kamen im Innern des degenerirten Keils im Ganzen verhältnissmässig selten vor; vor-

wiegend bestand das Gewebe daselbst aus längsgerichteten Fibrillen, die von anderen in den verschiedensten Richtungen durchkreuzt wurden und so dicht an einander gepresst waren, dass es ganz unmöglich war, hier zu entscheiden, ob die alten Fasernetze noch, wenngleich verändert, erhalten waren und in der erwähnten, an den Uebergangsstellen gefundenen, Weise der Fibrillenbildung zum Ausgange dienten. An beschränkten Stellen kamen innerhalb des fibrillären Gewebes lichtere Stellen vor, die ähnlich wie in der peripheren Schicht des Seitenstranges aus lockeren Maschennetzen bestanden; andere Male war es nicht zur Fibrillenbildung, sondern zu dichten fasrigen Auswachsungen der alten Netze gekommen, wobei dann die wellige Beschaffenheit auf dem Längsschnitte fehlte.

Auf dem Querschnitte bot die Schnittfläche dieser inneren Parthie des grauen Keils ein dunkles körniges Aussehen, das zum grossen Theil (ob freie Körnchen vorkamen, war schwer zu entscheiden) von Fibrillenquerschnitten herrührte, welche die noch vorhandenen nackten Axencylinder meist ganz knapp umschlossen, hier und da aber neben denselben verkleinerte Maschen von unregelmässiger Form freigelassen hatten, die sie an Stelle der alten Septa begrenzten; Querschnitte markhaltiger Fasern waren vereinzelt. Die in der Schnittebene sichtbaren Fibrillen bildeten theils einen kurzfasrigen, Fibrillenquerschnitte einschliessenden Filz, theils traten sie vereinzelt oder in Bündeln auf etwas längere Strecken hervor. In der Continuität der Fibrillen und an ihren Enden zeigten sich häufig Körnchen.

Aehnliche Veränderungen wie an den Gliafasern fanden sich an den Zellen, ihren kernhaltigen Knotenpunkten. In relativ geringer Zahl, aber am meisten in die Augen fallend, waren ein- oder mehrkernige Zellen, die beträchtlich vergrössert und nicht nur in ihren äusseren, sondern auch in ihren inneren, den Kernen benachbarten Parthieen, verdichtet waren und homogen, glänzend, glasig aussahen. Sie nahmen dann keine oder nur sehr schwache Carminfärbung um den Kern herum an. Die glänzenden Zellausläufer gingen zum Theil unter zunehmender Verbreiterung in fibrillenhaltige Theile der Glianetze über. Ueberwiegend war dagegen die Zahl der Zellen, in deren Protoplasma es zu einer Differenzirung der Körnchen und Fibrillen gekommen war und die nur in so weit Verschiedenheiten zeigten, je nachdem, gleichwie an den Fasern, ihre Contouren noch von der Umgebung abgegrenzt werden und damit die der Zelle angehörigen Fibrillen von den benachbarten getrennt werden konnten. In beiden Fällen waren die Kerne und Kerngruppen sehr vermehrt. Zwischen den Kernen befanden sich Körnchen, zum Theil unter einander verbunden oder auch, wie die Körnchen des Kerns, nur den Ausgangspunkt von Fibrillen bildend, die im Protoplasma verschwanden, die Zelle verliessen oder sich in die Ausläufer hineinerstreckten; die Menge der im Protoplasma vorhandenen Fibrillen unterlag beträchtlichen Schwankungen. Sparsam waren Zellen eingestreut, die im Bereiche eines Theils ihres Umfanges durch einen feinen glänzenden Saum verdichteten Zellsubstanz eingefasst waren, während diese längs des übrigen Umfanges der Zellen fein verstrichen auslief und sehr zarte Conturen besass; die Fibrillenbildung war hier meist auf den von letzteren eingefassten Zellabschnitt beschränkt und es sah aus, als ob die Zelle sich nach einer Seite hin öffne und die Fibrillen frei zu Tage treten liesse. Hier und da fanden sich aber auch einzelne oder in

Gruppen zusammenliegende Zellen, die bei einer mehr oder minder beträchtlichen Vergrösserung wenige oder zahlreiche Kerne enthielten und in deren Protoplasma es nicht zur Fibrillenbildung gekommen war. Innerhalb des gleichartig fibrillär aussehenden Gewebes, in welchem alte Gliafasern nicht mehr unterschieden werden konnten, waren auch Zellgrenzen nicht mehr zu bestimmen und es schien häufig, als ob die Kerne ganz frei in die Fibrillenmassen eingebettet waren, wenn nicht etwa zwischen zwei nahe an einander liegenden Kernen mehr oder weniger eine durchscheinende Substanz (das alte Protoplasma) hervortrat.

Von der Untersuchung der Ausläufer des degenerirten Gewebes nach der gesunden Substanz hin sei hier nur erwähnt, dass auch in der Gegend der bereits markhaltigen Nervenröhren noch Fibrillenbildung stattfand, ferner, dass sich hier und da Stellen fanden, wo gesonderte Fasern gar nicht mehr hervortraten, sondern wo sie unter einander in geringerer oder in grösserer Ausdehnung zu einer homogenen oder schwach granulirten Bindesubstanzschicht verschmolzen waren, innerhalb welcher dann meist längs gerichtete Fibrillen verliefen. —

Am linken Seitenstrange waren die Veränderungen ganz dieselben wie am rechten, indess reichte das entartete Gewebe überall bis an die graue Substanz und setzte sich ohne scharfe Grenze in sie fort. In geringerem Grade waren Vorder- und Hinterstränge erkrankt und vorwiegend nur in ihren Fissurenabschnitten. In den Hintersträngen waren es nur die Goll'schen Keilstränge, wobei indess in der Nachbarschaft der hintern Commissur das fibrilläre Gewebe eine grössere Mächtigkeit erreichte und an Querschnitten der letzteren mit breiter Basis aufsass. Das Bindegewebe der hintern Wurzeln war normal, ihre Nervenfasern unverändert; zwischen einzelnen der Nervenfasern der vorderen Wurzelstämmchen fanden sich hier und da Streifen fibrillär entarteter Bindesubstanz und Schwund des Nervenmarks, während die Axencylinder überall erhalten waren. An einzelnen Abschnitten weisser Substanz, welche auf den ersten Blick ganz normal erschienen, zeigten sich bei genauerer Untersuchung gleichfalls kleine Erkrankungsheerde, namentlich in der Umgebung der kleinen Gefässe. — In der mitbetheiligten grauen Substanz des rechten Vorderhorns waren die Zwischenräume zwischen den Nervenbündeln vergrössert und enthielten einen dichten Filz von Fibrillen, wie auch in den Bündeln selbst fibrilläre Massen eingeschoben erschienen; die Nervenfasern waren zum grossen Theil bis auf den Axencylinder zu Grunde gegangen. Die Körner und die Menge der in den Faserknotenpunkten liegenden „Körner" waren vermehrt. Die Ganglienzellen dieser Parthien waren meist diffus gelb gefärbt (was Verfasser für pathologisch hält), ihre Oberfläche mit weisslichen oder gelb gefärbten Körnchen gepflastert, das Zellparenchyn selbst homogen, stark glänzend und augenscheinlich scharf contourirt und konnten fasrige, dem Kern- oder Kernkörperchen angehörige Elemente nicht mehr unterschieden werden; zuweilen war auch der Kern mit in diese glänzende, fast glasige Substanz hineingezogen und undeutlich; ein grosser Theil der Zellen war auffallend klein. — Vom mittleren Rückentheile ist noch zu bemerken, dass hier die Degeneration auch in den Vorder- und Hintersträngen beträchtlich zugenommen hatte, so dass die weisse wie auch die graue Substanz durch und durch entartet waren und das Gewebe meist nur nackte Axencylinder

enthielt. Auch fanden sich hier oft die schon erwähnten soliden, glänzenden, an elastische Gewebe erinnernden Massen. An den Hintersträngen liess sich häufig das Septun nicht mehr nachweisen, indem das entartete Gewebe des einen Hinterstrangs ohne Grenze in das des andern überging.

An den Gefässen (den Capillaren, venösen und arteriellen Uebergangsgefässen) fanden sich Veränderungen, die zum Theil analog denen der Bindesubstanzfasern waren. Die Membran derselben war verdickt, das Lumen verengt oder, wie es hier und da schien, ganz geschlossen, das Gefäss in einen soliden, homogenen Strang verwandelt. An anderen Capillaren fanden sich neben der Verdickung der Membran körnige und faserige Auswachsungen, die sich häufig unter einander verbanden und dadurch ein die Lichtung durchsetzendes Fachwerk bildeten. Mitunter waren die Maschen desselben von einer homogenen schwach lichtbrechenden Substanz eingenommen und das Gefäss dadurch gleichfalls in ein solides Gebilde verwandelt. Ausserdem wurden zahlreiche Capillaren von Schichten einer homogenen, glänzenden Substanz umgeben, die wie eine sehr mächtige Adventitia das Gefäss umschloss; die Bildung dieser Adventitia war überall auf Kosten des umgebenden entarteten Gewebes erfolgt. Innerhalb des fibrillären Gewebes bestand sie vorwiegend aus dem Gefässe parallel verlaufenden soliden Lamellen, während innerhalb des faserig ausgewachsenen Gewebes das Vorschreiten der Adventitiabildung auch in einer zur Gefässaxe senkrechten Richtung erfolgt war, so dass sich breit aufsitzende und spitz auslaufende Fortsätze in die Fasermaschen hineinerstreckten. —

Schliesslich hebt Verfasser am Ende der Arbeit die Aehnlichkeit der von Virchow nachgewiesenen Structur der weichen und harten Gliome mit den Veränderungen bei der grauen Degeneration hervor: es scheinen die Fasernetze der Myxogliome, deren Anordnung, wie Virchow hervorhebt, grosse Aehnlichkeit mit der der Neuroglia spinalis besitzt, den Stellen mit fasrigen Auswachsungen zu entsprechen, die einfach harten Gliome dagegen mit den in die Grundsubstanz eingelagerten Fibrillen, den fibrillär degenerirten Parthien. W.

4.

H. Schüle, die Dysphrenia neuralgica. Eine clinische Abhandlung. Carlsruhe 1867.

Die Bedeutung der sensitiven Störungen in den chronischen Cerebralleiden mit psychischen Symptomen (Geisteskrankheiten) kann gar nicht hoch genug angeschlagen werden. Dass gerade Neuralgieen in innigstem Connexe mit und in einem pathogenetischen Verhältnisse zu psychischen Störungen stehen können, ist zuerst von Professor Griesinger bestimmt gelehrt und durch Thatsachen bewiesen worden. Er stellte eine Dysthymia neuralgica als eigene Krankheitsgruppe fest und unterschied diese wohl von den Fällen, wo andere Parästhesieen, wie Auraartige Empfindungen, ein Krankheitselement bilden.

In der vorliegenden, interessanten Monographie ist nun das Thema der neuralgischen Geisteskrankheiten folgendermassen weiter ausgeführt. — Der Herr Verfsser betrachtet den grössten Theil der Geisteskrankheiten, fast alle, welche nicht directe Hirnerkrankungen sind (wie das Delirium acutum,

die Paralyse, die Involution) als zur Dysphrenia neuralgica gehörig. Bei allen diesen Zuständen ist nach ihm nicht nur das Hirn als Vorstellungsorgan erkrankt, sondern es leiden immer auch periphere, sensible Nervenstränge in Form von Neuralgieen mit (theils in ihrem eigentlich peripheren Verlauf, theils an ihren Centralenden, etwa in der Medulla oblongata). Diese Krankheiten sind demnach als centro-periphere Neurosen aufzufassen; der periphere, neuralgische Antheil tritt ins Besondere in den Paroxismen hervor; er ist meistens der primäre, aber es können auch durch starke cerebrale Impulse sensible Nervengebiete erst secundär miterregt werden; die Neuralgieen müssen im Einzelfalle aufgesucht und therapeutisch bekämpft werden. — Diese Hauptsätze werden nach psycho-physischer, physio-pathologischer und empirisch-clinischer Seite hin begründet. In einem speciellen Theile werden zwei Hauptgruppen dieser Zustände unterschieden. Bei der einen besteht der Krankheitsverlauf aus Paroxismen mit freien Zeiten, die Paroxismen werden immer durch eine Exacerbation der Neuralgie eingeleitet, aber die neuralgischen Perceptionen werden nicht selbst zu Wahnvorstellungen verarbeitet (Dysphrenia neuralgica ohne Transformation). Bei der anderen ist der Verlauf mehr ein anhaltender, es sind constante Wahnvorstellungen vorhanden und diese entstehen entweder aus Umdeutung (Allegorisirung oder Transformation) des neuralgischen Gefühls oder aus anderweitiger Uebersetzung eines peinlichen Gefühls, gewöhnlich des Gefühles einer Hemmung im Vorstellungsgange (Dysphrenia neuralgica mit Transformation). Hier wird weiter in die neuralgischen Dysthymieen (melancholische Zustände) und die neuralgischen Manieen eingetheilt; zu den ersteren scheint für den Hrn. Verf. auch die ganze Sexual-Dysphrenie zu fallen. — In einem therapeutischen Abschnitte wird die Aufgabe dahin gestellt, dass der circulus vitiosus zwischen der peripheren und der centralen Affection durchtrennt werden müsse; dies geschieht durch Bekämpfung der letzteren, theils ätiologisch (Einwirkung auf Anämie, auf Sexualleiden), theils direct, wozu Morphium-Injectionen möglichst nahe dem Orte der Neuralgie und besonders frühzeitig beim Beginn der Paroxismen empfohlen werden.

Die Ausführungen der Schrift, von der wir hier nur das Skelett gegeben haben, sind reich an belehrenden Krankheitsgeschichten und interessanten physio-pathologischen Erörterungen. Sie bildet einen von wissenschaftlichem Geiste, Kenntnissen und Erfahrung überall zeugenden Beitrag zu der Arbeit der heutigen Psychiatrie, die Nervenkrankheiten selbst näher kennen zu lernen, welche die psychischen Störungen geben. Der erfahrene Leser wird manche lebenswahre Schilderung von Zuständen, die bis jetzt nicht so bestimmt hervorgehoben worden sind, finden; wir möchten als Beispiele p. 52 B. die Schilderung des Entwickelungsganges gewisser chronischer Formen, p. 99 die Zeichnung der Menstrual-Einflüsse auf einen gewissen neuro-psychischen Zustand anführen; auch die Art der Wirkung der Gemüthsbewegungen auf vorbereitete Individuen, die Aenderung des Gesammtverhaltens des Erkrankenden mit dem Auftreten gewisser schmerzhafter Sensationen nach erfolgtem Eindrucke scheint uns treffend gezeichnet. In practischer Beziehung finden wir beachtenswerthe Winke über den Zusammenhang bestimmter Schmerzgebiete mit bestimmten Delirien; die Angaben des Herrn Verfassers werden die gute Folge haben, dass man viele Kranke in

Betreff des Bestehens schmerzhafter Punkte genauer als bisher untersuchen wird — wobei wir nur an eine recht exacte Untersuchungsmethode und recht umsichtige Critik der Angaben dieser meist weiblichen Nervenkranken erinnern wollen; auch für die Application der so rasch beliebt gewordenen Morphium-Injectionen werden die Mittheilungen des Herrn Verfassers manchmal einige rationellere Indicationen an die Hand geben.

Einige Bedenken werden sich übrigens den meisten Lesern aufdrängen. Sie beziehen sich zunächst auf die Bezeichnung der „Neuralgie" für die differentesten anomalen Sensationen, die man bisher nicht so nannte, aber auch auf die so sehr weite Ausdehnung, die der Herr Verfasser der Wirkung dieser anomalen Sensationen zuschreibt. — In der neunten Beobachtung bestand keine Neuralgie, sondern nur das Gefühl, dass Stimmen aus dem Unterleibe kommen und die Obduction ergab Uterus-Fibroide, deren Verhältniss zur Krankheit gewiss unsicher ist. Ueberhaupt waren viele der von dem Herrn Verfasser untersuchten Kranken Uteruskranke Frauenzimmer; es dürften unter dieser Classe wenige sein, die nicht bei Druck oder spontan irgendwo Schmerzen angeben, in Abdomen, in der Wirbelgegend, der Herzgrube, der Submammargegend etc. Es ist aber die Natur dieser Schmerzen nicht immer klar und es kommt hier viel auf sehr subjective Dinge, wie auf die Ausdrücke, deren sich die Kranken bedienen wollen, an. Wir sind schon lange aufmerksam auf diese Verhältnisse gewesen. Manche genesene Maniaci sagen uns, sie haben im Anfang starkes Brennen am ganzen Körper, oder Brennen an einzelnen Stellen gefühlt; manche Melancholische sagen uns, sie haben einen Druck, oder auch, sie haben „eine Befangenheit" in der Stirn gehabt. Positiv sagen uns manche Kranke mit sogenannter Präcordialangst, es sei kein Schmerz, sondern nur eine „Unruhe" oder eine „Quälerei" im Epigastrium. Werden wir auch dies Alles Neuralgieen nennen? Wird es nicht besser sein, die wahren neuralgischen Affectionen von denen mit anderweitigen Parästhesieen auch weiter noch getrennt zu halten? Werden weitere Beobachtungen die „Neuralgieen" auch in der von dem Herrn Verfasser angegebenen Constanz nachweisen? Und, wo uns die Kranken überhaupt nichts über solche anomale Sensationen angeben können, solche aber nach dem Herrn Verfasser zu supponiren sind, wird es da nicht gerathen sein, solche auch noch nicht anzunehmen?

XII.

Miscellen.

1.

Nachrichten von der psychiatrischen Clinik zu Berlin.

**Die psychiatrische Clinik in Berlin unter Leitung von Herrn Professor Griesinger wurde im Sommer-Semester 1865 eröffnet, nachdem die hiesige Universität seit dem Abtreten Professor Ideler's keinen officiellen psychiatrischen Unterricht mehr gehabt hatte. Ihr erstes Semester war nicht besonders glücklich. Sei es die Neuheit der Sache, seien es andere Gründe, es war nicht zu verkennen, dass das Interesse nicht das war, welches erwartet werden konnte. — Schon anders gingen die Dinge im zweiten Semester, im Sommer 1866. Der Eröffnungsvortrag für die Clinik dieses Semesters liegt gedruckt vor; es machte sich jetzt trotz des Krieges, der die Reihen der Berliner academischen Zuhörerkreise so sehr gelichtet hatte, ein reges Interesse an der Clinik bemerklich und folgten über zwanzig Zuhörer bis zum Schlusse mit Eifer und lebendiger Theilnahme der Sache. — Das dritte Semester, der Sommer 1867, dessen Eröffnungsvortrag sich in diesem Hefte abgedruckt findet, zeigte, dass sich das Interesse noch weiter verbreitet hat und dass die Nothwendigkeit, dieses unentbehrliche Element des medicinischen Studiums aufzunehmen, noch allgemeiner anerkannt wird. Wiewohl in Berlin keinerlei Verpflichtung für solche Vorlesungen besteht, betrug die Zahl der eingeschriebenen Zuhörer 46, und es musste ein grösserer Saal des K. Charité-Krankenhauses für die clinischen Conferenzen benützt werden. Viele fremde Aerzte besuchten länger oder kürzer als willkommene Gäste die Clinik; eine Anzahl jüngerer Collegen, die schon in Irrenanstalten selbst gearbeitet hatten, gehörten zu den fleissigsten Zuhörern.

Die Abtheilungen für Gemüthskranke und die für Nervenkranke werden beide für den Unterricht benützt. Doch wurde eine völlige Verschmelzung der psychiatrischen und der Nervenclinik bis jetzt nicht für practisch gehalten, weil sich die Clinik im Winter an einen zusammenhängenden Vortrag über Nervenkrankheiten, im Sommer an einen eben solchen über Psychiatrie anzuschliessen hat. Es liegt also in der Natur der Sache, dass im Winter weit mehr Demonstrationen über die verschiedensten „gewöhnlichen" Nervenkrankheiten, im Sommer weit mehr solche über Nervenkrankheiten mit überwiegend

psychischen Anomalieen gemacht werden. Indessen werden jedes Semester Beispiele für einzelne Seiten der Sache aus den beiden Abtheilungen, deren dirigirender Arzt Herr Professor Griesinger ist, zum Unterricht gewählt, und es kann dem Umfange und dem Interesse des vorliegenden Materials stets in einer für den Zuhörer nützlichen Weise Rechnung getragen werden. Die Krankheiten, die unter dem allgemeinen Namen der Epilepsie cursiren und die hier sehr zahlreich vertreten sind, bilden gleichsam einen Uebergang zwischen den sonstigen Nervenkrankheiten und den Geisteskrankheiten, die grosse Mehrzahl dieser Kranken ist aber mit den letzteren räumlich verbunden.

Vom 1. April 1866 bis 1. April 1867 wurden auf der Abtheilung der Neuen Charité 314 Gemüthskranke, 221 sogenannte Deliranten (meist Delirium tremens) und 78 Epileptiker, auf der Abtheilung für Nervenkranke 176 Kranke verpflegt. Unter den Krankheitsformen war fast Alles repräsentirt, was von acuten oder chronischen Formen vorkommen kann, leider — wie es in grossen Städten gewöhnlich ist — der Zustand der sogenannten Paralyse in trauriger Häufigkeit; ein volles Drittheil unserer Irren mag immer auf diese Formen kommen. Mannigfach interessant und auch den Verhältnissen einer grossen Stadt entsprechend ist die grosse Zahl von Selbstmördern, die nach misslungenen Versuchen der Anstalt zukommen; mehrfach konnten auch Fälle, die in forensischer Beziehung wichtig und lehrreich waren, vorgeführt werden.

Die Clinik wurde im verflossenen Sommersemester dreimal wöchentlich von 7—9 Uhr Morgens gehalten; die erste Hälfte der Zeit wurde zu einer zusammenhängenden Auseinandersetzung der wichtigsten Sätze der Psychiatrie nach den Anschauungen von Herrn Professor Griesinger, die zweite zu den Demonstrationen verwendet, wozu wo möglich Fälle gewählt wurden, die zur Exemplification des Besprochenen dienen konnten. Es kamen im Ganzen 80 bis 90 Fälle zu eigentlicher Demonstration, viele wurden zur Betrachtung einzelner Phänomene kürzer vorgezeigt. Die Kranken wurden theils in den Hörsaal selbst eingeführt, theils in den Krankenzimmern besucht, theils — und es schien dies für manche Kranke ein besonders zweckmässiges Verfahren — im Garten mit den Zuhörern aufgesucht und vorgenommen. Es wurde durchaus die Regel befolgt, die allein naturgemäss und richtig ist, die Clinik an diesen Kranken gerade ebenso wie an allen übrigen Kranken zu halten.

Die Diagnose wird in unserer Clinik immer nach mehreren Seiten hin gemacht; an die — in der Regel nicht schwierige — Diagnose der psychologischen Form muss sich als wesentliches Complement eine ätiologische Diagnose (hereditär, syphilitisch u. s. w.) und in einer grösseren Anzahl von Fällen wenigstens der Versuch einer anatomischen Diagnose anschliessen. Die Behandlung in allen ihren Modificationen ist natürlich eine Hauptaufgabe der Demonstration, so weit dies in den kurzen Stunden einer Clinik möglich ist. Der wohlthätige Einfluss des in unserer Abtheilung herrschenden Non-Restraint wird schon dem Anfänger deutlich; die Art, wie einzelne unruhige Kranke, die bei der alten Behandlungsweise im Gebrauche ihrer Glieder beschränkt wurden, zu behandeln sind, wird, wo immer sich Gelegenheit darbietet, erläutert und gezeigt. Mit dem Wesen und den Einrich-

tungen der heutigen Irrenanstalten werden die Zuhörer eingehend bekannt gemacht.

Sehr vortheilhaft erwies sich die Einrichtung, dass noch ausser den clinischen Stunden zweimal wöchentlich auch Abends Besuche in der Anstalt mit den Zuhörern gemacht wurden, die zu diesem Ende in zwei Abtheilungen getheilt waren. Meist war man hier mit den Kranken im Garten; manche Wahrnehmungen an ihnen und manche practische Punkte über den Umgang und das Verfahren mit ihnen konnten in diesen freieren Unterhaltungen mit den Zuhörern nützlich erörtert werden.

Bald wird sich an diesen bisherigen theoretisch-practischen Unterricht über Geisteskrankheiten noch eine eigene Vorlesung über gerichtliche Psychiatrie anreihen.

2.

Ein Auswuchs des Non-restraint.

In dem Aprilhefte des Journal of Mental Science von diesem Jahre hat Dr. Sheppard, Superintendent der Männer-Abtheilung in Colney Hatch, einen Aufsatz veröffentlicht, in welchem er eigenthümliche Ansichten über die Behandlung einer gewissen Classe von aufgeregten Kranken ausspricht, welche sich andauernd zu entkleiden oder ihre Kleidungsstücke und Bedeckungen zu zerreissen pflegen. Er geht von der Meinung aus, dass die Haut dieser Kranken besonders empfindlich und ihre Temperatur abnorm erhöht ist; die Kleider seien deshalb eine Qual, und man habe Unrecht, die Patienten am Entkleiden zu hindern. Demgemäss lässt er sie denn auch nackt in Polsterzellen einsperren und ist offenbar der Ansicht, dass Aerzte und Patienten, so wie das Anstalts-Inventar sich so am Besten befinden. In Folge der Denunciation eines Wärters hatte sich Dr. Sheppard dieses Verfahrens wegen vor den Commissioners und dem Committee of Visitors zu verantworten; sein Verfahren wurde entschieden gemissbilligt und das Committee of Visitors gab hm positive Weisungen nach dieser Richtung hin*).

Als ich in den ersten Tagen des Juli Colney Hatch besuchte, wurde ich von dem Assistenten Dr. Sheppard's — er selbst war leider verhindert, mich zu führen — durch die Anstalt begleitet. Trotz der Anweisungen des Committee sah ich mehrere Patienten, die (tobsüchtig) theils vollkommen nackt in Polsterzellen eingeschlossen gehalten wurden, theils ohne Hemd unter einer Decke lagen (letztere ruhige Paralytiker). Der betreffende Herr College hatte weder Tadel für den Wärter, noch erliess er sonstige Anordnungen zur Bekleidung der Kranken, wie sie des Referenten Ansicht nach der Lage der Sache entsprochen haben würden; es schien das Verfahren eben das allgemein übliche zu sein. Auf meine Bemerkungen dagegen ging zwar der mich begleitende College bereitwillig ein, es gelang mir indessen nicht, ihn, der offenbar die Sheppard'schen Ansichten theilte, durch die Dis-

*) They have given positive Directions to Dr. Sh. calculated to prevent any cause of complaint in future; and that no exceptional treatment of any kind whatever be resorted to, without such treatment being submitted to the committee. (21. Report of the C. in L. to the Lord Chancellor 1867. p. 42). — In der That ein eigenthümliches Verhältniss! Ein sachverständiger Arzt — der es wenigstens sein sollte — den Zurechtweisungen und Anordnungen eines Committee of Visitors unterworfen!

cussion zu der Ueberzeugung von dem Verkehrten eines solchen Verfahrens zu bringen. Wie kommt es nun, muss man sich fragen, dass ein englischer Anstaltsarzt, der, wie Dr. Sheppard, sich notorisch mit dem grössten Eifer der Fürsorge für seine Kranken hingibt und dessen ehrenwerther Charakter allgemein anerkannt und über jeden Zweifel erhaben ist, zu solchen Anschauungen gelangt? Die Erklärung liegt einfach in Colney Hatch selbst. Eine Anstalt von über 2000 Kranken mit nur zwei dirigirenden Aerzten — einer für die männliche, der andere für die weibliche Abtheilung — die von je einem Assistenzarzte unterstützt sind, mit einem Wärter (die Oberwärter mit eingerechnet) auf 12 Kranke, ist eben eine Unmöglichkeit, eine Unmöglichkeit mit und ohne restraint; in jeder Weise wird eine Vernachlässigung der Kranken die Folge solcher colossaleu Zusammenhäufungen sein, wie denn auch in der That die ganze Anstalt, was die Kranken betrifft, diesen Stempel für den, der zu lesen versteht, deutlich an der Stirn trägt. Es kann nicht fehlen, dass die Gegner des Non-restraint den Fall des Dr. Sheppard im Interesse des Zwanges ausbeuten werden. „Seht", wird man sagen, „wohin dieser gerühmte Non restraint führt! Anstatt den Patienten zweckmässig zu beschränken, lasst Ihr ihn lieber nackt in der Zelle herumtoben!" Gegen solche Aeusserungen möchte ich von vorn herein die Anhänger des Non-restraint in Schutz nehmen; ein Non-restraint, in so fern darunter nicht bloss das einfache Fortlassen der Zwangsjacke verstanden wird, sondern im Sinne Conolly's die stetige und ununterbrochene zweckmässige Fürsorge für den Patienten, die es gar nicht zu Gewaltmassregeln kommen lässt — ein solcher Non-restraint besteht eben in Colney Hatch nicht und wird, so lange das numerische Verhältniss das oben angeführte bleibt, niemals oder höchstens ausnahmsweise durch die Anstrengungen einer besonders bevorzugten ärztlichen Individualität bestehen können. Solche Vorfälle, wie der erwähnte, sprechen also nicht gegen das System des Non-restraint, sondern nur gegen Anstalten von dem enormen Umfange Colney Hatch's, das eher allem Anderen als einem Krankenhause gleicht.

Dr. Sheppard hat die unglückliche Idee gehabt, sein Verfahren als ein wissenschaftliches und systematisch durchzuführendes zu rechtfertigen; die dafür vorgebrachten Gründe zu widerlegen, kann man sich füglich ersparen, um so mehr, als dasselbe in England einstimmig verworfen ist und eine energische Zurückweisung von Dr. Williams (Journ. of Ment. Sc. July 1867) erfahren hat. Uebrigens scheint aus Allem hervorzugehen, dass Dr. Sheppard bisher nur eine äusserst geringe Erfahrung in der Irrenbehandlung gehabt hat und gänzlich Autodidact ist. Wenn Referent nicht falsch berichtet ist, so wurde in der That dem betreffenden Collegen die wichtige Stellung in Colney Hatch übertragen, bevor er Gelegenheit gehabt hatte, sich mit der Behandlung Geisteskranker vertraut zu machen.

Ich würde hier nicht den Namen des Dr. Sheppard genannt haben, der, ich wiederhole es, zu den geschätztesten Collegen in England gehört, wenn nicht vorauszusetzen wäre, dass es auch in Deutschland zu mancherlei absichtlichen und unabsichtlichen Missverständnissen in Betreff der Vorfälle kommen werde, die sich nun einmal an seinen Namen knüpfen. Es darf durchaus die Ansicht nicht Platz greifen, als handle es sich hier um Schwä-

chen oder gar verderbliche Wirkungen des Non-restraint und als wären dergleichen Dinge etwas Allgemeines in den englischen Anstalten. Weit entfernt davon, gegen den Non-restraint zu sprechen, zeugen solche Vorkommnisse nur dafür, indem sie darthun, worin das System nicht besteht; die Verdienste der vielen englischen Anstalten, in denen das System wirklich seinem Geiste nach durchgeführt ist, treten dadurch nur um so glänzender hervor.

W.

Leubuscher, Prof. Dr. R., Die Pathologie und Therapie der Gehirnkrankheiten. Für Aerzte und Studirende. 8. 1854. 2 Thlr. 15 Sgr.

Leyden, Prof. Dr. E., Die genaue Degeneration der hinteren Rückenmarksstränge. Klinisch bearbeitet. 8. Mit 3 Tafeln Abbild. 1863. 1 Thlr. 26 Sgr.

Meyer, San.-Rath Dr. M., Die Electricität in ihrer Anwendung auf practische Medicin. Zweite Auflage. Mit Holzschnitten 8. 1861. 2 Thlr.

Neisser, Dr. J., Die acute Entzündung der serösen Häute des Gehirns und Rückenmarks nach eigenen Beobachtungen. gr. 8 1845. 2 Thlr.

Niemeyer, Prof. Fr., Die epidemische Cerebrospinal-Meningitis nach Beobachtungen im Grossherzogthum Baden. Zweiter Abdruck. 8. 1865. 16 Sgr.

Pflüger, Prof. Dr. E., Untersuchungen über die Physiologie des Electrotonus. Mit 5 Kupfertafeln. 8. 1859. 3 Thlr. 25 Sgr.

— — Die sensorischen Funktionen des Rückenmarks der Wirbelthiere nebst einer neuen Lehre über die Leistungsgesetze der Reflexionen. 8. 1853. 1 Thlr.

— — Ueber das Hemmungs-Nervensystem für die peristaltischen Bewegungen der Gedärme. 8. 1857. 16 Sgr.

— — Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium zu Bonn. Mit 3 Tafeln. 8. 1865. 1 Thlr. 10 Sgr.

Remak, Prof. Dr. R., Galvanotherapie der Nerven- und Muskelkrankheiten. 8. 1858. 2 Thlr. 15 Sgr.

Romberg, Geh. Med.-Rath Prof. Dr. M. H., Lehrbuch der Nervenkrankheiten des Menschen. Dritte veränderte Auflage. Erster Band: Pathologie und Therapie der Sensibilität- und Motilitäts-Neurosen. 2. und 3. Abth. gr. 8. 1857. 3 Thlr. 26 Sgr. (Die 1. Abtheilung fehlt.)

— — Neuralgiae nervi quinti specimen. Prolusio academica. Cum tabula aeri incisa. gr. 4. 1840. 10 Sgr.

— — De paralysi respiratoria. gr. 4. 7½ Sgr.

Rosenthal, Dr. J., Electricitätslehre für Mediciner. Mit 33 Holzschnitten. gr. 8. 186'. 1 Thlr. 10 Sgr.

Schmelkes, Dr. G., Teplitz gegen Neuralgieen. Fortgesetzte Beiträge zur Balneotherapie der Neurosen. 8. 1861. 8 Sgr.

Setschenow, Prof. Dr. J., Physiologische Studien über die Hemmungsmechanismen für die Reflexthätigkeit des Rückenmarkes im Gehirne des Frosches. gr. 8. 1863. 10 Sgr.

Setschenow, Prof. Dr. J. und R. *Paschutin*, Neue Versuche am Hirn und Rückenmark des Frosches. 8. 1865. 15 Sgr.

Vix, Dr. E., Ueber Entozoen bei Geisteskranken, ins Besondere über die Bedeutung, das Vorkommen und die Behandlung von Oxyuris vermicularis. Zugleich ein Beitrag zur Kenntniss der Nematoden überhaupt. (Separat-Abdruck.) 8. 1860. 20 Sgr.

Wachsmuth, Prof. Dr. Ad., Allgemeine Pathologie der Seele. 2te Ausgabe. gr. 8. 1862. 2 Thlr.

Ziemssen, Prof. Dr. H., Die Electricität in der Medicin. Dritte umgearbeitete Auflage. Mit 22 Holzschn. und 1 Tafel. gr. 8 1866. 1 Thlr. 20 Sgr.

XIII.

Die freie Behandlung.

Vom

Herausgeber.

Der Name des Non-Restraint bezeichnet nur einen kleinen Theil des Systems der Behandlung, welches durch Conolly's grosse Reform inaugurirt worden ist. Der „Nicht-Zwang" ist nur der negative Theil, dem ein positiver, an sich reichhaltigerer und wichtigerer aufs innigste verbunden zur Seite gehen muss. Der „Nicht-Zwang" ist die Grundlage und der Ausgangspunkt; aber das ganze System sollte nicht nach dem einen, zwar nothwendigen, aber so wenig erschöpfenden Moment bezeichnet werden; ich weiss — da wir doch im Deutschen niemals ein brauchbares Wort für Non-Restraint bilden könnten — keinen besseren Namen dafür als den der freien Behandlung. In ihm liegt das positive Moment dieser Behandlungsweise, ihr eigentliches Wesen ausgedrückt, das von Laien und Aerzten, und ich glaube selbst von manchen Irrenärzten noch nicht immer ganz verstanden wird. Noch im Sommer 1865 sprach ein seither verstorbener deutscher Irrenanstalts-Director bei einem Besuche in der Charité gegen mich aus: das Non-Restraint ist, dass man die Kranken nackt mit Stroh in einer Zelle herumspringen lässt. Bei der Bezeichnung der „freien Behandlung" wäre wohl ein solches Missverständniss nicht möglich gewesen; ein solches Verfahren könnte man gewiss keine Behandlung, am wenigsten eine freie Behandlung nennen.

Dass die freie Behandlung, oder wenn man lieber will, das Non-Restraint zu unserem Programme gehört, brauche ich kaum ausdrücklich zu bemerken. L. Meyer war der Erste, der sie in einer grösseren deutschen Irrenanstalt einführte (1862); ich selbst konnte, sobald ich in England von der Art der Ausführung und den Resultaten mich unterrichtet hatte, damals (1861) freilich nichts Anderes thun, als mich wenigstens so bestimmt und motivirt als möglich öffentlich dafür erklären; sobald mir Gelegenheit ward, in der kleinen Züricher Anstalt

es zu versuchen (1864), that ich es; hier in Berlin wiederholte ich meine Erklärung dafür in der ersten Stunde, wo ich über Psychiatrie sprach, und schreckte nicht zurück vor den Schwierigkeiten, die mich bei der Ausführung erwarteten. So werden mir einige kurze Betrachtungen über das Wesen dieser Methode und einige thatsächliche Mittheilungen erlaubt sein, die theils für solche Collegen, welche die freie Behandlung selbst mehr und mehr cultiviren wollen, theils für das ärztliche Publikum im Ganzen, um ihm einen Begriff von der Sache zu geben, bestimmt sind.

Der negative Theil dieser Methode also besteht darin, dass keine mechanischen Mittel, welche den Gebrauch der Glieder beschränken, bei der Behandlung Geisteskranker angewandt werden. Die Kranken werden weder mit der Zwangsjacke bekleidet, noch in Zwangstühlen noch sonst irgendwo befestigt oder gebunden; dem Willen des Kranken, der seinen Körper im Ganzen oder seine Extremitäten zu bewegen strebt, wird kein mechanisches Hinderniss entgegengesetzt; es sollen in ihm niemals die Empfindungen erregt werden, welche mit dem Binden oder Befestigen der Glieder verbunden sind.

Mechanische Mittel, welche den Gebrauch der Glieder nicht beschränken, also auch diese Empfindungen nicht machen, sind bei der freien Behandlung nicht nur nicht verpönt, sondern für eine gewisse Klasse von Kranken werthvoll und willkommen. Dem Kranken, der es bedarf, werden also z. B. Kleider und Schuhe gegeben mit irgend einer mechanischen Vorrichtung, die ihm nicht gestattet, sie selbst auszuziehen — sei es auch nur, dass die Kleider hinten statt vorn zugeknöpft werden — in denen er aber seine Glieder frei bewegen kann. Dies ist kein Zwang, so wenig es ein Zwang ist, wenn ich einem Kranken eine Decke gebe, die er nicht zerreissen kann. Der Kranke in jenen Kleidern oder Schuhen ist ja im Gebrauche seiner Glieder nicht beschränkt.

Es gibt einzelne Vorrichtungen, die noch gerade vor der Grenze des Zwanges stehen. Wenn ich z. B. einem Kranken, der stete Neigung zeigt, seinen Kopf zu zerkratzen, Kleider mit Ermeln, die über die Hand hergehen oder Handschuhe nach der Art der grossen Winterhandschuhe anziehe, so gestatten ihm diese die Bewegung seiner Glieder im Ganzen vollkommen, beschränken aber allerdings in gewissen Richtungen den Gebrauch der Finger (eine Bewegung der Finger im Innern muss der Handschuh gestatten). Man kann darüber streiten, ob dies ein Restraint sei und ob diese Vorrichtungen beim „Systeme des Non-Restraint“ angewandt werden dürfen. In England gelten sie

beim Non-Restraint überall für völlig erlaubt. Von meinem Standpunkte ist dies aber eine müssige Frage. Man könnte einem solchen Kranken auch eine schützende Mütze aufsetzen, die er nicht abnehmen kann; er wäre dadurch im Gebrauche seiner Glieder sicher nicht beschränkt. Es handelt sich ja von diesem ersten Gesichtspunkte aus zunächst nicht davon, dass der Kranke mit seinen Gliedern Alles soll thun können, was er will, sondern davon, dass er sie soll frei bewegen können; denn Alles, was diese Möglichkeit direct mechanisch aufhebt, reizt körperlich und psychisch zu einer inneren Reaction gegen das Hinderniss, sei nun dieselbe still und concentrirt, oder bestehe sie — wie so häufig — in einer wirklichen Gewalt-Anstrengung gegen die Jacke, den Stuhl, die Bänder etc., die den Kranken nicht zur Ruhe kommen lässt.

Indessen wird man bei der practischen Anwendung sowohl wie bei der Ueberlegung des Princips sogleich auf einen weiteren wichtigen Unterschied stossen.

Wenn wir jene letztgenannten Vorrichtungen, wie schwer zerreissliche Zeuge, nicht auszuziehende Kleider etc. ohne Ausnahme bei allen den Kranken anwenden wollten, welche Neigung haben etwas zu zerreissen, sich zu entkleiden etc., so würden wir allerdings dem Principe nachkommen, dem Kranken die Bewegung seiner Glieder nicht zu beschränken, aber wir würden ein anderes, weit höheres Princip unerfüllt lassen. Offenbar ist unsere höhere Aufgabe die, den Kranken in die Verfassung zu versetzen, dass er selbst *gar nicht mehr die Absicht hat*, zu zerreissen, sich auszuziehen u. dergl. Diese Wirkung auf seine Absichten, auf seine Selbstthätigkeit kann direct natürlich nur durch psychische Mittel im weitesten Sinne geschehen (indirect wohl auch durch medicamentöse und diätetische Mittel, die auf die Stimmung des Kranken, auf die körperliche Ruhe etc. wirken), niemals durch mechanische Vorrichtungen irgend einer, auch nur der allerleichtesten Art. — Dieser höheren Aufgabe also müssen wir nachkommen, *wo dies möglich ist*. Möglich ist aber diese psychische, *jede* mechanische Vorrichtung der oben genannten Art ausschliessende Behandlung nur bei Kranken, die *Besinnung haben*, sei es auch nur so viel Besinnung, als zur Ausbildung von Gewohnheiten, zu einer Art von Dressur (wie bei vielen Blödsinnigen) hinreicht. Es ist also offenbar Aufgabe der freien Behandlung — mag nun solche immer und überall im Augenblicke erfüllt werden können oder nicht — auch jene leichteren, nicht irritirenden Vorrichtungen mechanischer Art bei der Behandlung der mit Besinnung versehenen Kranken auf ein Mi-

nimum zu reduciren und selbst ganz entbehren zu lernen und solche nur bei der Behandlung solcher Kranker anzuwenden, welche wirklich und wahrhaftig jeder Art psychischer Einwirkung zu einer gewissen Zeit unzugänglich sind.

Brauche ich zu bemerken, dass eine sehr grosse Zahl von Kranken, die man unter der Herrschaft der alten Beschränkungsmittel, der Zwangstühle, Zwangsjacken etc. für sinnlos hielt und die es vielleicht damals zuweilen auch wirklich wurden, es in der That nicht ist? An der Klasse der tief Blödsinnigen hat sich ja nach mannigfachen Erfahrungen oft gerade so auffallend der erhebende Einfluss einer stets zwanglosen, milden und freundlichen Pflege gezeigt und die in den alten Irrenhäusern wegen Tobsucht, Wuth, angeblicher höchster Gefährlichkeit oft so lange in Banden gehaltenen Menschen haben sich ja in so zahlreichen Beispielen, aus dem Zwang herausgenommen, als ganz traitabel und selbst als ruhige Arbeiter gezeigt. Ihre Befreiung war selbst noch leichter als die jener anderen, mit voller Besinnung begabten Kranken, die als Opfer eines unglücklichen, psychiatrisch-pädagogischen Systems in der Zwangsjacke und der mechanischen Befestigung heilsame psychische Einwirkungen finden sollten! Sie Alle sind da, wo das Non-Restraint eingeführt wurde, aus dem Systeme der Einschüchterung, Unterwerfung, Niederhaltung, der peinlichen Empfindungen, die man sich berechtigt glaubte über sie zu verhängen, zu der Behandlung als kranke Seelen, auf die nur seelische Gewalten wirken sollen, gelangt. Sie sind erlöst oder werden es doch in kürzester Frist sein.

Dass aber auch für die völlig sinnlosen, geistiger Einwirkung jetzt gar nicht zugänglichen Kranken Zwangsjacken und Befestigungen durch Anbinden, Anschnallen u. dergl. ganz ausser Gebrauch gesetzt werden sollen, scheint Manchem doch zu weit gegangen, ja unbegreiflich. Der in tiefstem Blödsinn Befangene, der Maniacus nach einem epileptischen Anfall — sind sie denn empfänglich für die Wohlthaten rein geistiger Einwirkungen? Warum soll es nicht erlaubt sein, mit jedem mechanischen Mittel sie selbst, ihre Umgebung und das Geräthe vor Beschädigung zu bewahren? Halten wir es für inhuman, in einem gewöhnlichen Hospital einen aufgeregten delirirenden Typhuskranken eine Nacht lang im Bette zu befestigen, damit er nicht den ganzen Saal in Aufregung versetze? Was soll hier für ein Unterschied von einem sinnlosen Geisteskranken sein? Ist es nicht bloss Eigensinn des Systems gewesen, der auch für diese Kranken das Non-Restraint, oder wie wir lieber sagen, die freie Behandlung gefordert hat und für sie

nur diejenigen leichten mechanischen Vorrichtungen gestatten will, welche den Gebrauch der Glieder nicht beschränken?

Nein. Man könnte alle diese Fragen mit einem einzigen Worte widerlegen, mit dem Hinweis auf die Erfahrung. Seit der Einführung des Non-Restraint in den englischen Anstalten sind in ihnen schon weit über 100,000 Geisteskranke ohne Zwangsmittel behandelt und unter ihnen wurde mit der letztgenannten Klasse von Kranken in neuerer Zeit keine, oder kaum noch eine ganz vereinzelte Ausnahme gemacht. Es hat also die Beobachtung gezeigt, dass da, wo sonst alle Einrichtungen darnach getroffen sind, die Zwangsmittel auch bei ihnen nicht nöthig sind und dass durch ihre Entfernung keine üble Folgen eintreten. Aber so werthvoll und entscheidend ein solcher Hinweis auf grossartige Reihen von Thatsachen ist, Mancher wird doch eine weitere, auch principielle Aufklärung in der Sache wünschen und ich glaube selbst, dass hier Einiges unterschieden werden kann, was eine Besprechung verdient.

Wenn man bei der Behandlung sog. Geisteskranker von irgend einem obersten, Alles dominirenden Grundsatze sprechen kann, so ist es ohne Zweifel der der Beruhigung. Eine nicht bloss äusserlich, sondern auch innerlich ruhige Gemüthstimmung herbeizuführen und zu erhalten, ist Hauptaufgabe. Ich frage Jeden, ob ihm eine solche in der Zwangsjacke möglich wäre? — Man kann den Kranken unter die mechanische Gewalt unterwerfen oder ermüden; aber auch der für psychische Einwirkung jetzt nicht Empfängliche reagirt unwillkührlich gegen die mechanische Hemmung seiner Bewegungs-Tendenzen; jene traurigsten Artefacte, welche die Zwangsjacke selbst verlangen, wird man wohl nicht länger gegen diesen Satz als Advocaten ihrer eigenen Verkommenheit citiren. — Es gibt in jeder gut eingerichteten Anstalt andere Mittel oder soll sie geben, den Kranken, bei denen dies überhaupt möglich ist, Ruhe und bessere Stimmung zu verschaffen und es soll nicht so sein, dass der Pfleger des Kranken zwar bis zu einem gewissen Punkte verpflichtet ist, seine Bedürfnisse sorgsam zu erspähen, jede Quelle der Erregung von ihm abzuhalten, seinem Krankheitszustande in jeder erdenklichen milden Weise gerecht zu werden, aber doch immer noch die ultima ratio des Stuhls oder der Jacke zur Beruhigung des Kranken zur Verfügung hat. — Es ist weit weniger eine Humanitäts- als eine Zweckmässigkeitsfrage, die hier vorliegt. Wohl konnte nur in einem so humanen, feinen und hochgebildeten Geiste wie Conolly's, die Idee der vollkommen zwanglosen Irrenbehandlung entstehen und es wäre kein Vorwurf für die Psychiatrie, wenn sie ihm folgend auch nur einem

warmen philantropischen Impulse gefolgt wäre. Aber es handelt sich um das practisch Bessere oder Schlechtere, um dringliche Zweckmässigkeitsgründe.

Für jenen Typhuskranken ist es keine Inhumanität gewesen, wenn er des Nachts im Bette befestigt worden ist. Aber ist es auch das Zweckmässigste gewesen? Ein mit der Behandlung des Typhus recht vertrauter Arzt hätte ihm vielleicht Abends eine volle Gabe Opium oder ein kühles Bad gegeben und es wäre vielleicht diese Art der Beruhigung für den Ausgang seiner Krankheit viel besser gewesen als dass er sich die Nacht durch an Befestigungsmitteln abarbeitet. Die Anwendung auf den Geisteskranken kann Jeder selbst machen. Und es ist noch ein grosser Unterschied zwischen diesem Typhuskranken und dem sinnlos unruhigen Geisteskranken. Bei jenem handelt es sich von einer einmaligen, ganz vorübergehenden Massregel zu eigenem und Anderer Schutze in einem allgemeinen Krankensaal, in dem der Kranke verweilen muss. Bei dem Geisteskranken handelt es sich um ein System der Behandlung für die unruhigen Zustände sinnloser Kranker. Tief Blödsinnige, epileptische Maniaci wird es immer in grossen Irrenanstalten geben, Zustände von Unruhe kommen alltäglich vor, es handelt sich also hier um Behandlungs-Methoden, nicht um ganz exceptionelle Massregeln. Die Rücksicht auf die Ruhe des Saals fällt bei ihnen weg, denn sie sollen in Zuständen sinnloser Aufregung unter allen Umständen einen eigenen Schlafraum haben; die Rücksicht für die eigene Beschädigung fällt weg, denn der Schlafraum muss so eingerichtet sein, dass der Kranke sich selbst gar nicht beschädigen kann; dass ausserdem die Nachtwache nach ihm und seinen Bedürfnissen häufig zu sehen hat, versteht sich von selbst. Wo auf die ernstlichen Bemühungen nie verzichtet werden darf, den Kranken mit anderen als mit Zwangsmitteln zu behandeln, nur da wird — so ist der Mensch einmal und die Erfahrung beim Non-Restraint hat es aufs Bestimmteste gezeigt — das Sinnen und Trachten sich in voller Stärke der Auffindung solcher anderer Mittel zuwenden.

So oft hörte man früher und hört es noch heute: Ja, grösste Beschränkung der Zwangsmittel, aber keine gänzliche Abschaffung. Und doch ist die freie Behandlung nur da eine Wahrheit, wo sie durch allgemeine Durchführung sich als Methode ausbilden konnte, wo der Kranke nie Zwangsmittel sieht und wo er selbst weiss, dass ihm nie solche applicirt werden, wo der Krankenpfleger, des Bändigens und Bindens völlig entwöhnt, sich in durchaus milden Methoden frei zu bewegen gelernt hat. Nur da kommt jener andere Geist in die

ganze Anstalt, der noch überall mit der Einführung des Non-Restraint gekommen ist, jener ganz andere Ton, jene ganz andere Haltung, die so bald in den der freien Behandlung huldigenden Anstalten Alles auf eine höhere Stufe heben.

Zweimal habe ich nun selbst diese Erfahrung gemacht, in der kleinen Irrenanstalt in Zürich und in der Irrenstation der K. Charité. Beide sind Abtheilungen grosser Krankenhäuser und in beiden bot schon die versuchsweise Einführung des Non-Restraint Schwierigkeiten, von denen man in den Anstalten, die von vorn herein dazu eingerichtet sind, keinen Begriff hat; in der K. Charité hatte noch dazu der Einfluss eines verstorbenen, persönlich milden und vortrefflichen Mannes, der aber in der Anwendung der Zwangsmittel und der Douche, überhaupt in den Intimidations- und Repressiv-Methoden die Hauptmittel der psychischen Therapie zu besitzen glaubte, auf dieser Abtheilung lange Traditionen einer Anwendung der Beschränkungsmittel hinterlassen, vor der einem ohne eine starke Ueberzeugung von ihrer Schädlichkeit manchmal der Muth hätte sinken können. Und dennoch zeigte die Erfahrung, dass auch unter diesen Umständen mit Consequenz und unter werkthätiger Unterstützung jüngerer Collegen der erste negative Theil der freien Behandlung, das eigentliche Non-Restraint überall eingeführt werden kann. Langsam, sehr langsam kann es vielleicht damit gehen, aber nirgends werde ich mir mehr sagen lassen: Hier geht es nicht.

Auf der Irrenstation der Charité war es zwar bald möglich, eine beträchtliche Zahl von Kranken, besonders Paralytikern aus dem sog. „Bindezeuge“ zu befreien und ihnen durch Einführung hölzerner Bettstellen mit hohen Seitenwänden, die von der K. Direction in liberalster Weise der Abtheilung angeschafft wurden, die anhaltend freie Bewegung ihrer Glieder zu verschaffen. Aber die völlige Beseitigung aller übrigen Zwangsmittel konnte erst mit successiver Erneuerung des Wartpersonals allmählig erreicht werden; im September 1866 glaubte ich mich am Ziele, allein noch im November desselben Jahres wurde einer weiblichen Kranken, die einen plötzlichen homi- und suiciden Anfall bekommen hatte, — auf Anordnung eines schnell herbeigerufenen Arztes einer anderen Abtheilung — die Zwangsjacke auf eine Stunde angezogen. Ja, auf der Männer-Abtheilung wusste man sich, nachdem Monate lang nichts von Beschränkung mehr in Anwendung gekommen, noch im Beginn Februar 1867 bei hohem Krankenstande eines Abends gegen einen Kranken, der Angriffe machte und im Begriffe war, sich aus einem abgerissenen Metallstücke eine Waffe zu

machen — was natürlich nicht dem Kranken, sondern dem Wartepersonal zur Last fällt — nicht anders als durch Anlegen der Zwangsjacke auf eine Stunde zu helfen. Seither wurden die oben erwähnten Handschuhe bei zwei sinnlosen Paralytikern je einmal angewendet; aber von Zwangsmitteln ist nichts mehr in Gebrauch gekommen; das „Bindezeug“ und die Jacken sind verschwunden, aus den Zwangstühlen sind recht practische, nur etwas harte Fauteuils geworden; künstliche Fütterungen sind fast niemals mehr vorgekommen. In dieser Zeit eines Jahres, vom 1. Februar 1867 bis 1. Februar 1868, sind 502 Geisteskranke und Deliranten (meist Delirium-tremens-Kranke) und 107 Epileptiker, wovon viele auch psychisch gestört, im Ganzen 609 Kranke auf der Abtheilung verpflegt worden, die Qualität der Kranken war keine andere als früher und sicher sind nicht weniger als früher mit dem wohlerwogenen Prädicate „genesen“ entlassen worden. Aber die Abtheilung hat die vortheilhafteste Veränderung erfahren, sie gleicht zeitweise ganz den übrigen Kranken-Abtheilungen des Hauses; höhere Erregungszustände der frisch in solchen hereinkommenden Kranken calmiren sich meistens rasch, „Tobsucht“ im Hause selbst entstanden ist selten, Selbstmorde und andere Unglücksfälle sind in diesem Jahre gar nicht vorgekommen. Und dies ist nicht etwa durch häufigere Anwendung der Isolirung ersetzt worden. Jeder Besucher der Abtheilung findet schon seit zwei Jahren — parallel gehend dem immer selteneren Gebrauche der Beschränkungsmittel — die sieben, auf den verschiedenen Abtheilungen der Station vertheilten Zellen während des Tages fast immer leer; zuweilen kam mehrere Wochen hinter einander keine einzige Isolirung bei Tage, nicht für eine Stunde, vor. Die Zellen dienen jetzt vorzüglich als Einzelschlafzimmer; kommt eine Isolirung bei Tage vor, so hat sie selten eine längere Dauer als einige Stunden.

Der Zweck dieser kurzen Mittheilung war nur der, einen kleinen, thatsächlichen Beitrag zum Erweis des Satzes zu geben, dass das Non-Restraint sich überall, und zwar mit dem entschiedensten Nutzen einführen lässt. Psychiatrische Collegen, die vielleicht gerade gegenwärtig mit der Einführung einer völlig freien Behandlung ernstlich beschäftigt sind, darf ich wohl noch auf wenige Punkte aufmerksam machen.

Die freie Behandlung ist schwer einzuführen und functionirt mühsam in überfüllten Anstalten. Noch aus dem Munde des unvergesslichen Conolly selbst hörte ich die Bemerkung: Wenn in England selbst die Uebervölkerung in riesigen Irrenhäusern nach bisheriger Weise fortgehe, so werde man wieder zu Zwangsjacken zurückkommen.

Die dringliche Forderung, die Asyle zu entlasten, macht sich also auch von dieser Seite her gebieterisch geltend.

Wo es sich erst von der Einführung der freien Behandlung handelt, da muss immer ein Theil des Wartepersonals gewechselt werden. Die erste Zeit der Abschaffung der Zwangsmittel ist immer mit einigen Inconvenienzen und unangenehmen Vorkommnissen verbunden, das Personal muss zu etwas Neuem erzogen werden und diejenigen, welche nicht mit Lust auf die Sache eingehen können und im Stillen wünschen, dass sie misslingen möchte, taugen nicht mehr für ein solches Haus. Ich möchte desshalb auch nirgends rathen, von einem Tage an plötzlich die freie Behandlung einführen zu wollen, sondern möchte vorziehen, sich ein halbes Jahr, in einer grossen Anstalt selbst ein Jahr zur allmähligen vollständigen Beseitigung allen Zwanges vorzusetzen. — Anfangs kommen mehr Zerstörungen an Material vor; mit der später eintretenden allgemeinen grösseren Ruhe verliert sich dies von selbst und die paar Thaler anfänglichen Mehrverbrauchs dürfen nicht abschrecken. Bei der ungeheuren Mehrzahl nicht sinnloser Kranker wird man den Satz bestätigt finden, dass an Material um so weniger zerstört wird, je bequemer, besser, der früheren Gewohnheit des Kranken entsprechender und zusagender es ist oder je mehr es sogar noch diese Gewohnheiten an Güte, Comfort etc. übertrifft; je besser man Alles macht, um so weniger hat der Kranke die Tendenz der Zerstörung. Am schwierigsten ist die Beschädigung an Bettzeug bei nächtlich aufgeregten Kranken zu verhüten; dasselbe muss auf das Einfachste reducirt, der Schlafraum Winters geheizt, die Decken mit „unzerreisslichem“ Zeuge überzogen sein; das Wichtigste aber ist dem Kranken auf anderem Wege Ruhe und Schlaf zu verschaffen.

Ruhe bei Tag und Nacht, wirkliche Ruhe der Kranken wird aber nur durch alles das verschafft und begünstigt, was die positive Seite der freien Behandlung bildet, was in allen besseren Irrenanstalten wohl längst und sattsam bekannt und vorhanden und doch nicht überall in gleich vollständiger Uebung ist und doch ohne die gleichzeitige gänzliche Fernhaltung der Zwangsmittel nie zu seiner vollen Consequenz ausgebildet werden kann: Geduld und Milde ohne strenge Befehle, ohne heftige Worte oder gar Drohungen; Nachgiebigkeit in Allem was dem Kranken nicht schadet, ohne Trachten nach pedantischer Uniformität; specielle Erforschung der dem einzelnen Kranken Unruhe machenden Momente und Wegräumung derselben; Beschäftigung, Unterhaltung und Zerstreuung, und zwar in bestimmt individualisirender Auswahl für Jeden; reichliche, mannigfaltige Nahrung, bei vielen Kranken mit klei-

nen Mengen von Spirituosen; gute Kleidung, ein gutes Lager; ein bequemes Zusammensein mit Kranken, die zu einander passen. Die Wahrheit, dass der psychische Zustand, das Thun und Treiben der Kranken zum grössten Theile von dem Medium abhängt, in dem sie sich befinden, diese Wahrheit könnte ja an die Spitze der ganzen practischen Psychiatrie geschrieben werden. Dies Alles, besonders aber das Allernothwendigste, ein gutes Wartpersonal erfordert Mittel, und die Frage des Non-Restraint und der freien Behandlung ist desshalb vor Allem eine Geldfrage. Aber jedes hierauf verwendete Geld ist wohl angewendet, indem bei Herstellung solcher Verhältnisse mehr Kranke arbeitsfähig, also Producenten, und mehr Kranke entlassungsfähig (genesen oder gebessert) werden.

Von den einzelnen Verfahrungsweisen, die direct beruhigend auf aufgeregte Kranke wirken sollen, will ich hier nicht speciell handeln. Bekanntlich ist eine der werthvollsten die Versetzung des Kranken in ein anderes Medium; ich meine damit nicht nur die Isolirung in einem leeren Raum (Zelle), sondern auch die oft noch viel wirksamere sofortige freie Bewegung des Kranken in frischer Luft, in Begleitung eines guten Wärters. Lange Bäder, kühle Umschläge, Morphium-Injectionen, die leider bereits zur Routine zu werden drohen, sind schätzbar; an die Chloroformirung möchte ich für einzelne, im höchsten Grade erregte Kranke aufs Neue erinnern; bei einer uns Abends in völliger Raserei übergebenen Kranken (Fräulein von T.) wurde sie mit dem Erfolge sofortiger Beruhigung angewandt, wiederholt wurden in der Nacht noch kleine Mengen inhalirt, vom folgenden Tage an war die Kranke ruhig und es hielt von dort ein Zustand zunehmender Ruhe und Besonnenheit an.

Wer nicht die Sorgen durchgemacht hat, die die Einführung der freien Behandlung in einer Anstalt macht, der hat sich auch die Freude nicht selbst verdient, wenn sie dann gelungen ist. Dass sie dieser Freude nicht theilhaftig werden, thut mir leid für diejenigen, die von Anfang an in der Reform Conollys eben auch „nichts Neues" fanden, da man ja längst die Zwangsmittel auf das Nothwendige beschränkt und sich von ausländischen Uebertreibungen fern zu halten habe. Ich meine damit nicht Männer wie Dick, der zwar als Gegner des Non-Restraint auftrat, aber durch seine sachkundige und redliche Beurtheilung der Sache der Abschaffung der Zwangsmittel in hohem Grade nützte,*) ebensowenig diejenigen, die bei schlechter Beschaffenheit

*) Ein grosses Verdienst in dieser Sache kommt in meinen Augen auch Herrn Director Stoltz in Hall in Tyrol zu, dessen Zahlen auch Jeden überzeugt haben

ihrer Anstalten und geringen Mitteln bis jetzt schüchtern waren, in der Sache vorzugehen, aber sich vielleicht durch die Ueberwindung von Schwierigkeiten und von Irrthümern an andern Orten und durch den Gedanken, dass es sich jetzt nur noch vom Eintreten in einen schon gebahnten Weg handelt, ermuthigen lassen. Theoretische Bedenken, practische Hindernisse lassen sich beseitigen, nur mit abgeneigten Stimmungen ist niemals fertig zu werden.

Bei meiner Auffassung der Aufgabe der freien Behandlung, wie ich sie auch schon seit Jahren in meinen Vorträgen lehre, können mechanische Beschränkungsmittel nie Heil- und Behandlungsmittel sein; und dies eben, dass sie aus der Behandlung der Kranken ganz und für immer verschwinden und ganz andere Mittel und Methoden an ihre Stelle treten, ist das Wesentliche. Ob in ganz extraordinären Ausnahmsfällen, bei schweren chirurgischen Verletzungen, bei einer plötzlichen grossen Gefahr durch einen Kranken mechanische Beschränkungsmittel gebraucht werden sollen, darüber braucht man meiner Meinung nach gar nicht zu streiten und gar keine Regeln zu geben; ich halte dies für ganz gleichgültig, weil die wirklichen Behandlungsmethoden und der Geist einer Anstalt dadurch gar nicht berührt werden. Hier hilft man sich wie man kann und das Nächste, was Gefahr abwenden kann, ist hier das Beste: Was soll es hier für eine wesentliche Differenz machen, ob der Kranke von Wärtern gehalten, oder mit Schnupftüchern oder mit ledernen Riemen gebunden wird? Hier tritt der Fall des oben erwähnten Typhuskranken, der Fall des Einmaligen und ganz Ausserordentlichen ein. Hier wäre es wirklich Pedanterie und Consequenzenmacherei, wenn der Geisteskranke nicht wie jeder andere Kranke in gleichem Falle behandelt würde. Wenn so etwas in einer grossen Anstalt alle 10 Jahre oder auch alle paar Jahre einmal vorkommt, so widerspricht dies in gar keiner Weise der freien Behandlung in ihrem wirklichen Sinn und Geiste aufgefasst. Conolly hat schon diese seltenen Ausnahmen — nicht etwa ungern zugegeben als seiner Methode widerstreitend, sondern als eine natürliche, sich von selbst verstehende Sache besprochen. Nur bedenke man, dass je mehr in einer Anstalt die freie Behandlung durchgeführt ist, um so weniger extraordinäre Zufälle eintreten, dass das System der consequenten Behandlung ohne Zwangsmittel das beste Mittel ist, solche ausserordentliche Applicationen unnöthig zu machen.

müssen. Er konnte schon 1861 berichten, dass er in 5 Jahren bei einer Durchschnittszahl von täglich 105 Kranken nur bei 12 Kranken Zwangsmittel angewendet habe (Zeitschr. für Psych. XVIII. 1861 p. 593).

Bereits kommen einzelne Fälle vor, wo die Angehörigen Gemüthskranker bei der Aufnahme in Anstalten das Verlangen aussprechen, dass ihre Kranken ohne Zwangsmittel behandelt werden möchten. Wenn die Erfahrung zeigt, dass Zwang zur Vernachlässigung führt, dass die mechanischen Beschränkungsmittel schädlich und durch bessere Mittel zu ersetzen sind, warum — so mögen diese Angehörigen fragen — sollen bei unserem Bruder, unserer Mutter oder Schwester nicht diese besseren Mittel allein angewendet werden?

Es wird sich wohl kein Arzt von der Umgebung seiner Kranken vorschreiben lassen, was er anwenden und nicht anwenden darf. Wenn er einmal der Mann des Vertrauens ist, müssen ihm die Mittel, für deren gewissenhafte Anwendung er ja verantwortlich ist, unbedingt frei gestellt sein. Doch wird mit der einfachen Ablehnung die Frage nicht immer ganz erledigt sein; einzelnen Familien gegenüber, bei denen man sieht, dass ihrem Verlangen nicht die blosse Tendenz zu Grunde liegt, die grossen Anforderungen, die das Publikum an die Irrenärzte macht, noch weiter zu steigern, wird der Arzt doch zuweilen das Bedürfniss fühlen, die Ausübung jenes, seines unbedingten Rechts zu motiviren; wenn er aber auf das Verlangen der Familie nicht eingehen kann, so wird er nur zweierlei Gründe geltend machen können: entweder er will die freie Behandlung nicht, weil er die Beschränkungsmittel aus Ueberzeugung für unentbehrlich bei der Behandlung Geisteskranker hält, oder er kann sie nicht versprechen, wiewohl er möchte, weil die Verhältnisse seiner Anstalt die Sache nicht gestatten, wobei denn namentlich auf die absolute Nothwendigkeit hinzuweisen wäre, in einer Anstalt, wo überhaupt eine beschränkende Behandlung noch besteht, individuelle Ausnahmen zulassen und zusagen zu können.

Mit der grössten Bestimmtheit müsste ich mich endlich dagegen erklären, wenn irgendwo der Gedanke oder die Forderung aufträte, es solle durch Verbote der Zwangsmittel von Seiten der oberen Medicinalbehörden auf die Aerzte an Irrenanstalten gewirkt werden. Durchaus der Zeit und der freien Ueberzeugung der Einzelnen ist die Durchführung der freien Behandlung anheimzustellen; wenn sich aber einmal die öffentliche Meinung dafür interessirt und wenn vor Allem das ärztliche Publikum zu wissen wünscht, welche Anstalten das Princip der freien Behandlung angenommen haben, welche nicht? — so halte ich dies nicht für schädlich und sehe nicht ein, wie einem solchen Verlangen mit Grund entgegengetreten werden könnte. —

XIV.

Bemerkungen zum forensischen Untersuchungs-Verfahren bei Geisteskranken,

bei Gelegenheit eines Falles von streitiger Zurechnungsfähigkeit.

Von

Prof. Dr. Liman
in Berlin.

Den nachstehenden Fall halte ich für mittheilenswerth, nicht sowohl wegen der Schwierigkeit des Urtheiles und der Eigenthümlichkeit der Krankheitserscheinungen, denn Irrenärzte dürften denselben für einen einfachen und trivialen Fall nicht mit Unrecht erklären, sondern weil durch denselben einige scharfe Lichter auf mehrfache Mängel geworfen werden, welche sich mir schon öfter bei den Untersuchungen zweifelhafter Geisteskranker in foro aufgedrängt haben, welche indess im vorliegenden Falle nicht ohne recht auffallende praktische Folgen geblieben sind. Vielleicht dass durch diesen und ähnliche Fälle eine Anregung zu wie mir scheint nothwendiger Verbesserung gegeben wird zum Frommen der Sache und zur Sicherheit der Gesellschaft.

Die hervorzuhebenden Unzulänglichkeiten betreffen sowohl Untersuchungen im Civil- als auch im Criminal-foro.

Bekanntlich werden im preussischen Staate bei den Provocationen auf Blödsinnigkeit von der provocirenden Partei wie von der Gegenpartei je ein Arzt zur Begutachtung vorgeschlagen und werden diese Vorschläge von den Gerichtsbehörden erfahrungsgemäss niemals beanstandet, da dem Richtur jeder Arzt auch in Beurtheilung von Geisteskrankheiten ein „Sachverständiger" ist, und wäre der zu Untersuchende, dessen Krankheit zweifelhaft ist, auch der erste Geisteskranke, welchen der Arzt überhaupt zu Gesichte bekommt. Wenn jener hochmüthige Earl of Schaftesbury vor dem Hause der Gemeinen zu

erklären die Keckheit hatte, dass die Thatsache, ob Jemand nicht gesunden Geistes und unfähig sei, seine eigenen Angelegenheiten zu verwalten, keiner sachverständigen Entscheidung bedürfe und dass nach seiner festen Ueberzeugung jeder verständige Laie, der sich unter Menschen bewegt, nicht nur eben so gut darüber seine Meinung abgeben könne, sondern besser, als alle Aerzte zusammengenommen, und wir unsererseits der festen Ueberzeugung sind, dass der ehrenwerthe Earl von der ganzen wissenschaftlichen Welt ausgelacht wird, so sind wir in der Praxis nicht so weit von jenem von dem genannten Earl gefeierten Modus entfernt, als es der Theorie nach, und Angesichts des §. 6 Tit. 18 der Pr. Allgemeinen Gerichtsordnung erscheinen möchte. Denn dieser Paragraph spricht ausdrücklich von der Zuziehung von sachverständigen Aerzten, nicht schlechtweg von Aerzten, und leider sind die explorirenden Aerzte in gar manchen Fällen so wenig Sachverständige, dass sie formell, wie materiell der Correktur des Gerichts-Deputirten ausgesetzt sein können.

In der kurzen Zeit meiner amtlichen Thätigkeit sind mir eine nicht unbedeutende Anzahl von Menschen bekannt geworden, die ich in den Gefängnissen kennen gelernt habe, in meinen Gutachten für geisteskrank erklärte und die darauf hin — mein Urtheil würde ich nicht als massgebend hinstellen wollen — anstatt auf die Anklagebank in die Irrenanstalt wanderten und hier in längerer Beobachtung ebenfalls für geisteskrank und unheilbar geisteskrank erkannt wurden, in den Explorationsterminen indess auf Grund des Gutachtens der beiden explorirenden Aerzte für „vermögend erklärt wurden, die Folgen ihrer Handlungen zu überlegen" und somit zu ihrem eigenen Nachtheil und zum Schaden der Gesellschaft aus den Irrenhäusern entlassen wurden, um nach angerichtetem Schaden bald wieder in's Gefängniss zu wandern. Zu diesen Fällen gehört auch der nachstehend mitgetheilte, in welchem sich die Fehler der Exploratian schneller rächten, als das Erkenntniss des Berliner Stadtgerichtes dem Exploraten seine Selbstständigkeit zugesprochen hatte.

Es ist nicht zu verkennen, dass, vielleicht vom Standpunkt des Laien und auch richterlichen Beamten aus es bedenklich erscheinen möchte, ein für alle Mal von Amtswegen zuzuziehende medizinische Experten auch für die Blödsinnigkeits-Erklärungen zu bestellen, weil man hierin eine Monopolisirung und in dieser ein Schreckgespenst erblicken möchte. Doch verdient in dieser Beziehung beachtet zu werden, dass nach preussischem Gesetz (A. L.-R. §. 816 Tit. 18 Thl. II.) bei der Untersuchung ob die Vormundschaft über wahnsinnig oder

blödsinnig Erklärte aufgehoben werden könne, das Gericht nur Einen Sachverständigen zuzuziehen genöthigt ist und dass der Natur der Sache nach dieser vom Gericht ernannte Sachverständige in der Regel der Physikus ist. Diese Untersuchungen aber sind sicherlich nicht minder schwierig und nicht minder frei von Verantwortlichkeit für den Gutachter und nicht minder folgenschwer für den Untersuchten, als die erste Untersuchung, welche die Interdiction zur Folge hatte.

Sollte nun also auch dem Gesetze, welches von „zwei sachverständigen Aerzten“ spricht, durch die obligatorische Heranziehung der gerichtlichen Physiker Gewalt angethan erscheinen, da diese sicherlich die letzten sein würden, welche allein sich für Sachverständige erklären, so dürfte es dennoch dem Sinne des Gesetzes entsprechen und für die Sache heilsam sein, die Anzahl der zu derartigen Explorationen zu berufenden Aerzte zu beschränken, mindestens auf solche, welche die Physikats-Qualifikation erreicht haben und in dem Examen ja auch Gelegenheit gehabt haben zu zeigen, dass ihnen die Materie in Rede keine fremde und der Verkehr mit Geisteskranken kein ganz neuer ist.

Ausserdem dürfte es sich empfehlen, dass generell in allen Fällen das Civilgericht, welches das Blödsinnigkeits-Verfahren einleitet, von dem Criminalgericht die Acten — wo solche vorhanden — herüberlange (was nie geschieht), auch die früheren Irrenhaus-Acten, sobald solche vorhanden, im Termin vorlege (extractweise sind letztere schon jetzt in den meisten Fällen vorhanden) und den Aerzten schon zur Zeit der Vorbesuche Kenntniss von den Voracten des Exploraten verschaffe, denn es ist die Pflicht des Gerichtsdeputirten das Material so weit als irgend möglich vorzubereiten und zu beschaffen.

Endlich dürfte bei den Revisionen der Gutachten durch die Provinzial-Medizinal-Collegien mit noch grösserer Strenge als bisher darauf zu halten sein, dass die Anamnese des Exploraten, wenn auch kurz doch für die Beurtheilung ausreichend in den Gutachten aufgenommen und verarbeitet sei.

Ein zweiter Punkt, welcher ebenfalls durch den nachstehenden Fall bewahrheitet wird, ist der, dass, sobald die beiden Aerzte einstimmig ihr Votum darauf hin abgegeben haben, dass der Explorat vermögend sei, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, dieser auf Bericht des Anstaltsarztes an seine vorgesetzte Behörde — für die Berliner städtische Irrenanstalt die Armendirektion — von letzterer aus der Anstalt entlassen wird, ohne dass das Erkenntniss des Stadtgerichts abgewartet wird; ein Verfahren,

welches sicherlich nicht correct ist, dem Rechtsurtheil vorgreift und dem Ausspruch der Aerzte eine viel grössere Gewalt beilegt als er hat. Es ist immerhin möglich, dass das Gericht trotz des Gutachtens der Aerzte nicht einverstanden ist; nach der bisherigen Praxis ist aber eine Remedur nicht möglich, weil die Entlassung dem Erkenntniss vorausgeeilt ist.

Diese Remedur, resp. der Versuch dazu, sollte in allen solchen Fällen eintreten, wo die Irrenärzte einen Kranken als unheilbar entlassen haben und nach nicht zu ferner Zeit das Gutachten der explorirenden Aerzte dissentirend und dem diamentral entgegengesetzt ausfällt.

Die Erfahrung lehrt aber, dass in dieser Beziehung sich das Gericht gern an den Wortlaut des Gesetzes bindet, welches nur Vorschriften enthält, wenn das Gutachten der beiden explorirenden Aerzte nicht einmüthig ist und hier den Instanzenzug zu beschreiten vorschreibt.

Unserer Ueberzeugung nach ist der Richter in Fällen, wie der nachstehende, da er überhaupt nicht verbunden ist nach der Meinung der Sachverständigen zu urtheilen, wenn seine Ueberzeugung dieser entgegen ist (§. 313 Civil-Prozess-Ordnung), so berechtigt, als verpflichtet, den Instanzenzug zu beschreiten.

Was diesen Instanzenzug betrifft, so ist nicht zu verkennen, dass auch hier manche Verbesserung möglich ist. Derselbe ist eine wesentlich büreaukratische Institution, welcher der richtige Gesichtspunkt zu Grunde liegt, dass der collegialische Beschluss von erfahrenen Aerzten eine grössere Sicherheit biete, als das Urtheil des ersten Sachverständigen. Aber die Praxis stellt die Sache anders, um desshalb, weil es den zweiten und dritten Gutachtern an aller und jeder eigenen Anschauung fehlt von dem zu Untersuchenden. Die Erhebung des Thatbestandes ist häufig das Schwierigste, aus ihr ergiebt sich Alles übrige von selbst. Wenn nun bei Leichenuntersuchungen selbstverständlich es nicht möglich ist, dass die technischen Ober-Collegien den Thatbestand in zweifelhaften Fällen von Neuem feststellen können, so ist in einem Zeitalter der Eisenbahnen für Geisteskranke diese Möglichkeit dennoch nahe gerückt und könnten hier Gutachten, die lediglich nach den Akten abzugeben sind, füglich gänzlich vermieden werden. So lange aber durchgreifende Einrichtungen in dieser Beziehung nicht getroffen sind, tritt um so dringender das Bedürfniss ein, für die Untersuchungen in erster Instanz möglichste Garantieen zu haben und diese nicht, wie bisher im Civilforo geschieht, dem Zufall und dem Belieben der Rechtsanwälte anheim zu geben.

Nicht minder habe ich auch für das Criminalforum einige

Bemerkungen zu machen, welche vielleicht der Beachtung werth befunden werden.

Ich spreche nicht von den Fällen, wo Menschen in die Gefängnisse oder in Untersuchungshaft eingeliefert werden, deren Benehmen dem Gefängnisspersonal oder dem den Umgang haltenden Untersuchungsrichter oder dem Inquirenten auffällig ist. Für diese ist gesorgt. Sie werden bald dem Physikus zur Untersuchung übergeben.

Es ist aber bekannt, dass es gar nicht selten Fälle giebt, in denen die Erkenntniss einer vorhandenen Geisteskrankheit keine leichte Sache ist, sich nicht sofort verräth, längerer und aufmerksamer Beobachtung von Sachverständigen bedarf.

Wenn nun schon das Gefängniss an sich überhaupt nicht wohl geeignet ist zu irrenärztlicher Beobachtung und in mehr als einem Falle sich uns die Nothwendigkeit aufdrängt, zur näheren Beobachtung Menschen aus den Gefängnissen in die Irrenanstalten zu transferiren, so muss doch überhaupt, ehe er nur zu unserer Cognition kommt, der Geisteszustand eines Menschen fraglich werden.

Die Gefängnissärzte sind diejenigen, welche noch am ehesten mit den Inhaftirten in Berührung kommen und welche, wo sie Gelegenheit haben, Beobachtungen zu machen, diese zur Anzeige bringen können und werden.

Aber sie sind überhaupt gar nicht immer in der Lage Beobachtungen zu machen. Sie nehmen die Personenbeschreibung der Eingelieferten auf und bekommen sie nicht weiter zu Gesicht, als wenn eine körperliche Krankheit sie auf das Lazareth führt oder sie ihrer Beobachtung im sog. Revier unterwirft, oder wenn allenfalls ihr Benehmen den Wärtern etc. Zweifel einflösst. Im Uebrigen hat der Arzt nichts mit den Inhaftirten zu thun.

Auf diese Weise kommt es, dass gar nicht selten bei Untersuchungen zweifelhafter Geisteszustände von Inhaftirten gar keine Notizen Seitens der Gefängnissärzte vorhanden sind, und dass bei der Exploration doch ermittelt wird, dass dieselben bereits seit langer Zeit geisteskrank sind, aber — auch schon seit verhältnissmässig längerer Zeit inhaftirt sind.

Ein Theil dieser Individuen sind solche, welche, wie der Explorat des unten mitgetheilten Falles, bereits in Irrenanstalten gewesen, hier aus irgend einem Grunde, sei es interdicirt oder nicht, entlassen worden sind, nicht immer Angehörige haben, die sich ihrer annehmen könnten und mit solcher Anzeige beim Untersuchungsrichter alsbald hervortreten.

Um derartige Individuen wenigstens rechtzeitig der Beobachtung unterwerfen zu können, ihnen einen Theil der nicht zu umgehenden

Untersuchungshaft zu ersparen — wenn nicht mehr — glaube ich, würde es gerathen sein, wenn die zur Haft einliefernde Polizeibehörde, sobald ihr bekannt ist, dass das betreffende Individuum bereits sich in einer Irrenanstalt befunden, hievon dem Gefängnissarzt Mittheilung machte, der seinerseits alsdann wenigstens diese Inhaftirten beobachten, resp. den Untersuchungsrichter benachrichtigen kann.

Zu allen hier besprochenen Punkten bietet gerade der nachstehende Fall eine sehr passende Illustration, weil sich in ihm alle Folgen der beregten Uebelstände vereinigt finden. Dieser Umstand mag die Mittheilung meines Gutachtens in extenso rechtfertigen und entschuldigen.

In Folge Auftrages vom 9. October c. ein Gutachten darüber abzugeben, ob der Arbeitsmann Joseph Suszka zur Zeit der Begehung der incriminirten That sich in zurechnungsfähigem Zustande befunden habe, berichte ich ergebenst nachstehend, unter Remission der mir gleichzeitig übersendeten 6 Vol. Acten, von deren Inhalt ich Kenntniss genommen habe. —

Der etc. Suszka ist der vorsätzlichen erheblichen Körperverletzung angeschuldigt.

Am 2. September c. früh hat er seiner eigenen Deposition zufolge, welche mit der polizeilichen Anzeige im Wesentlichen congruirt, seine Ehefrau auf dem Gensdarmenmarkt erwartet, ist mit einem geöffneten Taschenmesser hinter ihr hergegangen, hat sie ergriffen und dann mit dem geöffneten Messer unter die Röcke nach oben zu gestossen, in der Absicht, sie an ihren Geschlechtstheilen zu verletzen.

Nach dem Attest des Dr. S. trug die Frau Suszka neben mehreren leichteren, drei erheblichere Verwundungen an beiden Oberschenkeln davon.

Ueber den etc. Suszka sind Vorakten vorhanden.

Abgesehen von einer Verurtheilung wegen Beleidigung und gewaltsamen Widerstandes gegen einen Beamten aus den Jahren 1863 und 1864, wurde Suszka im September 1861 auf Denunciation des Dienstmädchens Petzold wegen einfachen Diebstahles verurtheilt.

In diesen Acten befindet sich bereits die polizeiliche Notiz, dass Suszka ein dem Trunke ergebener Mensch sei, welcher sich liederlich und arbeitsscheu umhertreibe und sich um seine Familie nicht kümmere, eine Angabe, welche seine Frau in ihrer gerichtlichen Zeugenvernehmung bestätigt.

Im December 1861 wurde Explorat auf ein Attest des Dr. Stubenrauch als an Delirium tremens leidend zur Charité befördert.

„Er ging der Anstalt in einem sehr aufgeregten Zustande zu, indem er sich in den bittersten Vorwürfen und selbst heftigsten Drohungen gegen seine Frau erging. Sie sei eine liederliche Dirne, habe seine Wirthschaft heruntergebracht und nun sich seiner so entledigen wollen, dass sie ihn als Verrückten einsperren liess.“ (Charité-Journal).

Unter dem 8. Januar 1866 äussert sich der dirigirende Arzt der Charité-Abtheilung Dr. Griesinger und der Assistenzarzt Dr. Westphal, dass der anscheinend nur an Säuferwahnsinn leidende Suszka, wie die Beobachtung ergeben habe, geisteskrank sei. Er beharre bei der Wahnvorstellung, dass seine Frau ihn

durch Petroleum, das sie den Speisen beigemischt und durch Oleum, das sie in's Bier gegossen, habe vergiften wollen. Zugleich erklärte er auch jetzt noch den Arzt, welcher ihn in seiner Wohnung untersuchte, für den Liebhaber („Louis") seiner Frau, ohne sich von dem Irrigen dieser Vorstellung überzeugen zu lassen, wesshalb seine Verlegung nach der Irrenabtheilung der Charité um so mehr erforderlich erschien, als er Drohungen gegen seine Frau ausstiess und nach Aussage der letzteren schon längere Zeit stets scharfe Instrumente bei sich geführt habe.

Unter dem 2. Februar 1866 äussern sich dieselben Aerzte, dass Suszka ein langjähriger Säufer sei, bei welchem sich auf Grund des chronischen Alcoholismus eine Geistesstörung entwickelt habe, die sich unter Anderem in der Wahnvorstellung äussere, dass er von seiner Frau vergiftet sei. Da bei der Grundlage der Krankheit eine Heilung des etc. Suszka nicht zu erwarten, derselbe aber zu seiner Familie nicht entlassen werden könne, da er seine Frau bedrohe und sie auch gemisshandelt haben solle, so eigne er sich zur Aufnahme in das Hospital und wurde seine Entlassung als unheilbar beantragt. Am 30. Januar war Suszka übrigens entlaufen, jedoch am nächsten Morgen in Begleitung seiner Frau wiedergekehrt.

Hiernach wurde Suszka am 17. Februar 1866 nach der städtischen Irrenverpflegungsanstalt transferirt.

Am 4. März p. äussert der Dirigent der Anstalt, Dr. Ideler, über ihn, „dass er sich durchaus ruhig und wohl in die Anstaltsordnung fügend zeige. Dagegen treten in seineu Aeusserungen bestimmte Wahnideen in den Vordergrund. So beschuldigte er seine Frau, dass sie ihn mit Wurstsuppe und einer Flasche Bier habe vergiften wollen; er habe beide Flüssigkeiten durch einen Arzt untersuchen lassen wollen, sei aber durch seine Frau, die dabei eine grosse Angst an den Tag gelegt habe, daran verhindert worden. Dieselbe sei auch im Verein mit einer liederlichen Dirne, die sich in seine Wohnung eingedrängt habe, die Veranlassung zu seiner Aufnahme in die Charité gewesen, in der er sich als ganz gesunder Mensch befunden habe." Ebenso gehe aus anderen Aeusserungen hervor, dass er ausser Stande sei, seine Lage richtig zu beurtheilen. Er sei in gesetzlicher Bedeutung für blödsinnig zu erachten.

Am 17. Juni entfernte sich der etc Suszka aus der Anstalt, indem er von einem ihm gestatteten Ausgange nicht zurückkehrte.

Am 17. Juni, also an demselben Tage, wurde er polizeilich verhafet. Er hatte dem etc. Sommer, den er in der Stube der Frau fand, mit einem Tischmesser eine Stichwunde am linken Arme beigebracht und seine Frau zu ermorden gedroht.

In seiner gerichtlichen Vernehmung giebt er hier an, dass seine Frau faul und nichtsnutzig sei, dass er alle Unbill schweigend ertragen habe, sich niemals thätlich gegen die Frau vergriffen habe. Seiner Frau wegen habe er die Stellen, die er gehabt, aufgeben müssen und befinde sich so jetzt wegen Irrsinns im Arbeitshause. Seine Frau lebe mit Sommer und habe er diesen in „seinem Ehebette" gefunden. Sommer habe ihn geschlagen, er habe den Sommer nicht gestochen. Er habe nie im Uebermass getrunken, stets gearbeitet. Seine Frau verschulde durch ihre Liederlichkeit, dass er als irre nach der Charité geschafft worden sei. Er aber könne sich nicht für geisteskrank halten, sondern sei vollkommen zurechnungsfähig.

Die Frau dagegen deponirt bei dieser Gelegenheit, dass ihr Ehemann aus verschiedenen Stellungen, welche er bekleidet, wegen Trunkes entlassen worden sei, dass sie durch schwere Arbeit den Unterhalt für ihn und die Kinder erwerben müsse und dabei Misshandlungen aller Art erlitten habe. Weil sie nicht Geld gegeben habe, so habe er ihre und ihrer Kinder Kleider verkauft. Sie habe weder mit Sommer, noch mit Anderen unerlaubten Umgang gepflogen, und sei nicht, wie er behaupte, schwanger, sie stehe bei ihrer Nachbarschaft im besten Rufe.

Der übermässige Genuss des Branntwein habe ihrem Manne das Delirium zugezogen.

Einmal habe er ihr vorgeworfen, sie wolle ihn vergiften. Sie habe Dr. Rose holen müssen, der ihr untersagt habe, mit ihm ohne männlichen Beistand zusammen zu sein, da er zu gefährlich sei.

Am 17. Mai sei er in angetrunkenem Zustande Abends 7 Uhr in ihre Wohnung gekommen und habe gesagt: Du sollst zum Dr. Ideler kommen. Sie habe geantwortet: gut, ich werde morgen hinkommen. Nun hast Du Deinen Auftrag ausgerichtet, nun kannst Du wieder gehen. Der Dr. Ideler habe nämlich nicht erlaubt gehabt, dass er zu ihr gehe.

Im Zimmer habe sich noch der Kutscher Sommer befunden, der von seiner Ehefrau geschieden ist. Derselbe habe in Folge eines Hufschlags einen schlimmen Fuss gehabt und drei Treppen über ihr gewohnt; sie selbst wohne im Keller. Da die Hitze stark war, und S. fürchtete, dass der Brand in seine Wunde kommen möchte, so habe er sie gebeten, in ihrer kühlen Wohnung schlafen zu dürfen. Ihre Töchter und sie hätten in der Kammer, Sommer in der Stube mit ihrem Sohne geschlafen. Sie selber hätte auf einem Stuhle gesessen und genäht. Sommer sei übrigens ein Freund ihres Mannes gewesen. Nach den oben angeführten Worten sei ihr Mann auf sie zugesprungen, habe die Fäuste geballt und sie schlagen wollen. Sie habe geschrieen: Sommer! Sommer! Trotz seines kranken Fusses sei Sommer aufgesprungen und habe ihren Mann in den Rockkragen gefasst und zur Thür hinausgeschoben, die verriegelt wurde. Der Mann habe so heftig gegengeschlagen und spectakelt, dass sie wieder aufgemacht habe, worauf ihr Mann mit seinem Taschenmesser auf sie losgestürzt sei. Sommer, der sich wieder gelegt hatte, sei abermals aufgestanden, ihr zu Hülfe gekommen und wurde dabei in den Arm und die Nase gestochen. Ihr Mann sei, wenn er nüchtern sei, gutherzig und bitte ihr Alles ab, was er ihr in der Trunkenheit zugefügt habe. Er habe ihr in diesem Zustande oft gedroht, sie, die Kinder und sich selbst zu ermorden. Gleich nach dem Vorfalle sei ihr Mann auf die Strasse gelaufen.

Der etc. Sommer sagt in seiner zeugeneidlichen Vernehmung ganz dasselbe aus, als die Ehefrau des etc. Suszka und sei ausserdem noch angeführt, dass er angiebt, Suszka habe ihm durch sein Benehmen wiederholt gegründeten Anlass zu dem Glauben gegeben, dass er an temporärer Geistesstörung leide.

Zu bemerken ist, dass der Dr. S. über die Verletzung des etc. Sommer nicht nur ein Attest ausgestellt hat, sondern denselben längere Zeit behandelt hat.

Da sich ermittelte, dass Suszka aus der Irrenanstalt entsprungen, und Dr. Ideler die Nothwendigkeit der Beibehaltung in der Anstalt bescheinigt hatte, so wurde der Untersuchung weiterer Fortgang nicht gegeben, vielmehr Suszka nach der Irrenanstalt wieder abgeführt.

Am 11. October 1866 schreibt er an das Königliche Stadtgericht, „Deputation für Ehesachen", beklagt sich, dass zur Feststellung seines Gemüthszustandes noch

kein öffentlicher Termin angestanden habe, obgleich er sich bereits seit zehn Monaten in der städtischen Irrenanstalt befände, und überlässt es der Beurtheilung des Gerichtes, „ob hier eine Intrigue vorliegt oder nicht?“

Am 12. October 1866 schreibt er an die Staatsanwaltschaft, „dass er als alter Familienvater und als ganz gesunder Mensch durch Intriguen aller Art sich bereits im zehnten Monat unschuldig im Irrenhaus befinde und bittet seine Angelegenheit auf das Strengste untersuchen zu lassen.“

Inzwischen wurde das Verfahren der Blödsinnigkeitserklärung gegen Suszka eingeleitet und fand am 5. Februar 1867 ein Explorationstermin statt.

Auf den Inhalt desselben komme ich gleich näher unten zu sprechen. Die Sachverständigen befanden sich nicht in der Lage ein definitives Urtheil zu fällen, und prorogirten den Termin.

Als am 21. Mai ein neuer Termin Statt finden sollte, zeigte der eine Sachverständige, Dr. W. an, dass er die vorschriftsmässigen Vorbesuche nicht habe machen können, weil der Suszka aus der städtischen Irrenanstalt entsprungen sei, und der Anstaltsarzt zeigte an, dass Suszka zwar so eben von der Polizei eingefangen und eingeliefert worden, jedoch zur Zeit nicht vernehmungsfähig sei.

So kam es erst am 6. August 1867 zu einem neuen Explorationstermin, nach welchem die Sachverständigen den Exploranden für vermögend erklären, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen.

Nach Anzeige dieses ärztlichen Gutachtens Seitens des Dr. Ideler an die Armendirection verfügte diese die Entlassung des Suszka aus der Anstalt, welche am 15. August erfolgte, ohne dass das Erkenntniss des Stadtgerichts abgewartet worden wäre.

Dieses letztere datirt erst vom 19. September und lautet auf Zurückweisung der Provocation.

Am 2. September hat denn bereits Suszka die beregte That ausgeführt und in seiner Weise den Commentar geliefert zu seinen im Explorationstermin gebrauchten Worten: „Nein, wir haben ja Recht und Gesetz in Preussen, da braucht es keine Selbsthülfe“, Worte, welche er den Aerzten auf ihre Frage: „Würden Sie sich selber Recht nehmen?“ geantwortet hat. —

Es wird füglich nicht bezweifelt werden können, dass Suszka zur Zeit als er in die Charité kam und in die Irrenanstalt transferirt wurde, geisteskrank war.

Polizeilich bekannt als Säufer und arbeitsscheuer Vagabond bricht bei ihm ein Delirium tremens aus und zeigt sich in der Irrenanstalt, dass, wie so häufig auf Grundlage des chronischen Alcoholismus Wahnideen bei ihm sich entwickelt hatten. Im Unfrieden mit seiner Frau lebend, von dieser nicht hinreichend mit Geld unterstützt, richten sich seine krankhaften Vorstellungen gegen diese. Sie hat ihn mit Petroleum und Oleum vergiften wollen, der Dr. Stubenrauch ist ihr „Louis“, sie hat ihn als gesunden Menschen in die Charité gebracht u. s. w.

Dass dies Alles nicht Thatsachen sind, wird keines Beweises bedürfen, und ist ja zudem die Entwickelung dieser Wahnvorstellungen bei dem ursprünglich an Delirium tremens leidenden Kranken von den Charité-Aerzten beobachtet worden.

Es wäre auch geradezu lächerlich, anzunehmen, dass Griesinger, Westphahl, Ideler, Männer, welche mit Irren tagtäglich verkehren, einen gesunden Menschen Monate lang hätten in der Anstalt behalten, für unheilbar geisteskrank erklären sollen, wenn, abgesehen von allem Uebrigen, nicht die Art wie Explorat

seine Geschichten und Angaben debitirte, ihnen den Beweis der Geistesgestörtheit gegeben hätte.

Auch ist Explorat bis zum October 1866 sicherlich nicht geheilt gewesen. Seine Briefe an das Stadtgericht, dass er als gesunder Mensch durch Intriguen aller Art in der Irrenanstalt zurückgehalten werde, seine Ausbrüche aus der Anstalt, sein Attentat gegen Sommer, gegen den er gar keine Beweise hatte, als die in seiner kranken Einbildungskraft befindlichen und der jetzt, anstatt des Dr. Stubenrauch der Ehebrecher ist, beweisen das zur Genüge.

Nichtsdestoweniger ist durch Erkenntniss des Königlichen Stadtgerichtes die Provocation gegen Suszka zurückgewiesen und derselbe aus der Irrenanstalt entlassen worden, auf Grund der Exploration der beiden genannten Aerzte.

Es steht mir nicht zu, das Erkenntniss des Königl. Stadtgerichts zu bemängeln, doch kann ich nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dass wenn die Charité-Aerzte denselben für „unheilbar" geisteskrank erklärt hatten und zwei andere Aerzte denselben für vermögend erklären, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, ihn für geheilt erklären, zu anderweiter Begutachtung durch andere Instanzen Gelegenheit gewesen wäre.

Um so mehr tritt an mich die Pflicht heran zu untersuchen, ob diese von den genannten Aerzten abgegebene Erklärung begründet ist.

Dies ist in keiner Weise der Fall; die Explorationen sind höchst oberflächlich und unsachgemäss und gestatten in ihrer Unzulänglichkeit nicht die aus ihnen gezogenen Schlüsse.

Wenn allenfalls ein Laie, der mit Geisteskranken keinen Verkehr hat, sich dadurch imponiren lässt, dass Suszka auf die ihm vorgelegten Fragen nicht blödsinniges Zeug geantwortet, und nicht Unmöglichkeiten als Wahnvorstellungen producirt, so hätten die explorirenden Aerzte, denen die Anamnese bekannt sein konnte und musste, Anhalt genug gehabt, zu untersuchen, ob die Wahnvorstellungen, an denen Suszka nach Angabe der früheren ärztlichen Atteste litt, geschwunden seien, oder ob er sie nur, wie so häufig Geisteskranke thun, zu verbergen bestrebt sei, ob er wirklich zu einer Einsicht über seine Lage gelangt sei etc.

In beiden Gutachten findet sich nicht ein Wort über die Anamnese, während vorschriftsmässig (vergl. Justiz-Minist.-Rescr. 9. April 1838, 6. Juli 1838; M.-Verf. 14. November 1841) in das Protokoll die nöthigen Data über die früheren Lebens- und Krankheitsverhältnisse des Exploraten aufgenommen werden sollen. Und obgleich Dr. S. selbst den von Suszka gestochenen Sommer längere Zeit behandelt hat, begnügt er sich in beiden Terminen auf seine Frage: „Haben Sie den etc. Sommer nicht mit einem Messer gestochen?" mit den Antworten: „I Gott bewahre!" und „Ist mir nicht eingefallen!" und nennt das im Gutachten „klare und bestimmte, mit den thatsächlichen Vorgängen übereinstimmende Antworten." Obgleich ferner der Dr. W. am 21. Mai 1867 selbst angezeigt hat, dass er, weil der Suszka entsprungen sei, keine Vorbesuche habe machen können und obgleich er in demselben Termin vom Dr. Ideler erfährt und als thatsächlich annimmt, dass Suszka am 21. Mai sich im nicht vernehmungsfähigen Zustande befunden, so ist von diesem Entspringen zwischen beiden Terminen Seitens eines Menschen, welcher seine geistige Gesundheit documentiren will, von seinem Verbleib während jener Zeit, von den Gründen seiner Vernehmungsunfähigkeit am 21. Mai, im ganzen Termine nicht mit einer Sylbe die Rede und nicht einmal der Versuch gemacht, diese Angelegenheit aufzuklären.

Im dem ersten Termin antwortete Suszka auf die ihm vorgelegten Fragen:

Bis wann lebten Sie zufrieden mit ihrer Frau?

„Bis meine Frau die Betten ausgewärmt hat, und mit dem Burschen nach der Kronenstrasse verzogen ist. Der Kerl hat von meiner Frau fünf Monate lang gelebt und in einem Zimmer mit zu ihren Füssen gelegen."

Warum waren Sie vom Staatsanwalt angeklagt?

„Wegen der Betten von meiner Frau, die ich genommen haben sollte."

Hat Ihre Frau Sie nicht einmal vergiften wollen?

„Von Gift ist nicht die Rede gewesen. Als meine Kinder von der Suppe essen wollten, litt dies meine Frau nicht, riss ihnen die Suppe fort und goss sie aus. Ich wollte daher gern untersuchen, was in der Suppe war."

Wie steht es mit der Flasche Bier?

„Aus der Flasche war am 20. December ein Seidel abgetrunken und am 21. war die Flasche wieder voll. Meine Frau hat schon vorher geäussert, wenn Du nicht solche eiserne Natur hättest, hätte Dich schon längst der Teufel holen müssen."

Wie kam der Arzt, der Sie nach der Charité schickte, dazu, Sie für krank zu halten?

„Der Doctor unterhielt sich mit mir einige Zeit. Ich forderte ihn auf das Bier zu untersuchen, was er nicht that und dann das Attest ausstellte."

Was haben die Aerzte in der Charité gesagt?

„Dr. Westphal sagte zu Griesinger: dem fehlt gar nichts, der ist nur wegen seiner Frau hier."

Wesshalb sind Sie nicht entlassen, da man Sie für gesund hielt?"

„Das weiss ich nicht."

Warum sind Sie hieher gebracht?

„Das weiss ich nicht. Meine Frau wollte mich nicht loslassen."

Sie halten Ihre Inhaftirung für Intrigue Ihrer Frau?

„Im 19. Jahrhundert ist solche Geschichte unerhört! Sie hat mir eine gute Scheidung angetragen, worauf ich aber nicht eingegangen bin."

Hat Ihre Frau einen Einfluss auf die Aerzte?

„Diese werden von der Frau aufgehetzt und ein Arzt schreibt es dem andern nach."

Die beiden Aerzte urtheilen nach diesem Termine, dass Suszka über seine Vergangenheit und sein früheres eheliches Leben im Einzelnen so übereinstimmend mit der Wirklichkeit der Thatsachen sich ausspreche, dass in seinen Antworten kein Grund zur Bezweiflung seiner Zurechnungsfähigkeit (sic!) gefunden werden könne. Der einzige Punkt, über den er sich nicht mit der gewünschten Klarheit ausspräche, wäre sein Aufenthalt in den Irrenabtheilungen, in denen er sich befunden. Desshalb wäre der Termin zu prorogiren.

Man konnte nun mindestens erwarten, dass im zweiten Termin dieser einzige Punkt zur gewünschten Klarheit gebracht würde.

Das Protokoll enthält an Fragen und Antworten, welche sich auf diesen zweifelhaft gebliebenen Punkt beziehen, aber lediglich Folgendes:

Wann sind Sie nach der Charité gekommen, und wohin?

„21. December 1865 am Nachmittag; direct nach der neuen Charité zu Vater Krafft" (der Oberwärter).

Nicht erst nach der inneren Station?

„Nein, gleich nach der neuen Charité."

Wo kamen Sie von der neuen Charité hin?

„Nach hier."

Und von hier?

„Habe ich am 16. März 1866 einen Ausgang nach Hause gehabt."

Im Uebrigen ist das Protokoll noch dürftiger als das der ersten Exploration und vermeidet auf die Dinge einzugehen, auf welche es hauptsächlich ankommt. Auf die Frage: Hat Sie Ihre Frau vergiften wollen? begnügt man sich mit der Antwort: „Wer hat das gesagt! Ich habe es nie behauptet"; auf die Frage: Haben Sie Sommer nicht mit einem Messer verwundet? mit der Antwort: „Ist mir nicht eingefallen" und auf die Frage, was es mit den Betten für eine Bewandtniss habe, registrirt das Protokoll, dass er eine „lange Geschichte" erzählt habe etc., wonach er unschuldig verurtheilt worden und wonach in der Zwischenzeit sich ein anderer in seine Wirtschaft gedrängt und mit seiner Frau ein Verhältniss angeknüpft habe, eine Geschichte die also wohl so verworren gewesen sein wird, dass sie sich der Protokollirung entzog.

Nach diesem Termine nun und nach den oben specificirten Fragen und Antworten erklären die beiden „Sachverständigen", dass sie auch heute ihre früheren Wahrnehmungen bestätigt finden, und dass die Aeusserungen der Suszka über seine Aufnahme in die Charité im heutigen Termin, in so klarer bestimmter Weise gegeben sind, dass ihnen auch darüber kein Zweifel bleibe, dass sie mit den thatsächlichen Vorgängen übereinstimmen.

Die vorstehende Analyse wird genügen zu beweisen, dass das Provocationsverfahren gegen Suszka keineswegs den Beweis geliefert hat, dass derselbe nicht geisteskrank ist, dass vielmehr die Protokolle den unzweideutigen Beweis des Bestehens seiner Geisteskrankheit, seiner Wahnvorstellungen enthalten, denn auch in diesen Protokollen zieht sich als rother Faden hindurch, dass Intriguen seiner Frau, die ihn nicht habe loslassen wollen, die die Aerzte gegen ihn aufgehetzt habe, kurz eine Geschichte, wie sie das 19. Jahrhundert nicht aufzuweisen hat, der Grund zu seiner Transferirung in die Irrenanstalten gewesen. Und wenn z. B. er jetzt leugnet, dass er nicht geglaubt habe, dass er von seiner Frau habe sollen vergiftet werden, so ist das gar kein Beweis für das Nichtvorhandensein dieser Vorstellung, denn Suszka wusste und weiss dass es sich um Erforschung seines Geisteszustandes handelt und sucht deshalb seine Wahnvorstellungen zu verbergen, was ihm gerade in Bezug auf die Vergiftung nicht gelungen ist, da trotz seines Leugnens aus seinen Antworten, dass er die Suppe etc. habe untersucht haben wollen, hervorgeht, dass er noch jetzt glaube, es sei durch dieselbe auf seine Vergiftung abgesehen gewesen.

Bei meiner Exploration fand ich den etc. Susska nun ganz entsprechend dem Bilde, welches man schon aus dem Vorstehenden von ihm gewonnen haben wird.

Der anscheinend einige 40 Jahr alte, kräftig gebaute Mensch hat ein unheimliches Ansehen. Seine blasse Gesichtsfarbe röthet sich während des Gesprächs, sein Blick ist stechend. Er spricht mit lauter Stimme, doch wird die Sprache mitunter,

namentlich wenn man ihn längere Zeit sprechen lässt, etwas lallend, was nicht allein darauf zu schieben ist, dass er das Deutsche mit slavischem Dialect spricht. Sein körperlicher Gesundheitszustand ist nicht gestört. Sein Benehmen ist leidenschaftlich. Er erhebt sich oft während der Unterredung und muss sich wieder zu setzen genöthigt werden. Seine ganze Seele ist erfüllt von all' den Niederträchtigkeiten, welche seine Frau, die er Anfangs verleugnete, da er nicht verheirathet zu sein angab, gegen ihn ausgeübt habe, die, nachdem er in „seinem Ehebett" einen Andern gefunden, zu dem seine Kinder „Vater" sagen mussten, durch Intriguen aller Art, „wie sie im 19. Jahrhundert noch nicht dagewesen" und dadurch dass sie Alles gegen ihn aufgehetzt habe, ihn in die Irrenanstalt als gesunden Menschen gebracht und dazu beigetragen habe, dass er dort festgehalten worden sei. Auch habe sie das Dienstmädchen Petzold angestiftet, ihn des Diebstahls zu bezüchtigen. Er sei stets der leidende Theil gewesen. Er habe nimmer im Uebermass getrunken, niemals Veranlassung zu Skandal gegeben, sich niemals an seiner Frau vergriffen, auch nicht, als sie ihn geohrfeigt habe, mit dem Fuss vor den Bauch gestossen, mit einem Beile auf ihn habe loskommen wollen.

Dies Alles erzählte er auf Befragen in breiter, verworrener Weise und fabelnd.

Charakteristisch ist das tiefe Misstrauen welches er äussert und welches, obgleich er, wissend dass ich zur Erforschung seines Gemüthszustandes abgesendet sei, nach Möglichkeit seine Wahnvorstellungen zu verbergen sucht, gerade für das Vorhandensein derselben zeugt.

Man habe ihm im Termine auf den Hals reden wollen, dass er zu Griesinger gesagt habe, dass seine Frau ihn habe vergiften wollen. Das Wort Gift sei nicht über seine Lippen gekommen. Er habe nur die Suppe und das Bier untersucht haben wollen, weil die Kinder nichts davon hätten essen sollen, weil seine Frau gesagt hätte, dass wenn er nicht eine so eiserne Natur hätte, ihn schon längst der Teufel hätte holen müssen. Auf meine Vorstellung, dass ja das nichts anderes heisse, als dass er den Verdacht habe, es sei Etwas ihm Schädliches beigemengt, erwiderte er, dass dies ja auch hätte Zucker sein können. Er wolle es nur untersucht haben, womit er eben documentirt, dass er dennoch die feste Ueberzeugung hat, dass Gift in diesem Essen enthalten gewesen sei. Seine Frau, die ich gesprochen und von der übrigens in den Acten durchaus nichts Nachtheiliges enthalten ist, führt mir an, dass er überhaupt zu jener Zeit nichts gegessen habe wegen jener genannten Befürchtung. Es liegt ja aber auf der Hand, dass wenn seine Frau einen derartigen Plan, wie er ihn unterstellt, wirklich gehabt hätte, sie gerade am wenigsten die Aeusserung, auf welche er seinen Verdacht stützt, ihm gegenüber gemacht haben würde. Von alle dem ist er aber nicht zu überzeugen, sondern beharrt durch Jahre hindurch bei denselben irrigen Vorstellungen, die in seiner Seele Wurzel geschlagen haben und an welche sich andere Vorstellungen von Intriguen angereiht haben.

Ebenso behauptet er, dass seine Frau geschwängert gewesen und abortirt habe, weil Dr. Rose gesagt habe, sie leide an einer Blutung und bedürfe der Ruhe etc.

Von diesen Wahnvorstellungen aus ist denn auch die incriminirte Handlung begangen worden.

Es ist schon höchst auffallend, dass er dieselbe nicht in seiner Wohnung oder im Hause, sondern auf offener Strasse vollführt hat.

Die Frau giebt mir an, dass nachdem er am 15. August aus der Irrenanstalt entlassen, er in seine Wohnung zurückgekehrt sei und in der Küche gelegen habe. Sie

selbst habe die Thür zur Wohnstube abgeriegelt und habe mit ihren Kindern stets den Weg durch das Fenster genommen. Am Mittwoch den 28. habe er einen grossen Skandal gemacht, in die Wohnung eindringen wollen, so dass sie habe Hülfe holen müssen, von da ab sei er verschwunden gewesen, bis er am 2. September ihr aufgelauert habe.

Mehr als dies Alles spricht aber für die Geistesgestörtheit des Exploraten das Motiv, welches er selbst mir gegenüber wiederholentlich als das ihn zur That bestimmende entwickelt hat.

Nicht sowohl Rache, als vielmehr ein anderer Umstand habe ihn zur That bestimmt, nach der er sich selbst bei der Polizei gemeldet haben will (unwahr!). Der Schutzmann Herrmann habe in Gegenwart des Nachtwächters an der Leipzigerstrassen-Ecke ihm gesagt, dass wieder ein Attest ausgestellt sei, dass er in's Irrenhaus solle. Sei dies Attest nicht vorhanden, so sei dies Beseitigung einer Urkunde, und wörtlich dictirte er mir nun als Motiv der That:

„Die That habe ich gethan, um nicht immer im Irrenhaus zu bleiben und die ganzen Intriguen dem Gericht zu übergeben, weil der Schein ausgestellt war, mir zeitlebens in's Irrenhaus zu bringen. Ich habe es mit vollständiger Ueberlegung und Vorsatz gethan, weil mir dies der einzige Weg schien zu meinem Rechte zu kommen, Geld hatte ich nicht, dass ich einen Rechtsanwalt annehmen konnte." Ein ander Mal sagte er mir, dass er nun wenigstens wisse, wohin er komme und Strafe verdient habe. Aber im Zuchthaus befände er sich wenigstens unter gesunden Menschen und nicht unter verrückten, wo er nicht hingehöre.

Diese letzteren Angaben, das Motiv zur That betreffend, congruiren vollständig mit dem bereits in der Charité an dem Exploraten Beobachteten und mit seinen eigenen an das Stadtgericht geschriebenen Briefen. Er will sein gekränktes Recht retten, er will dem Gericht die gegen ihn gespielten Intriguen übergeben, die in Wahrheit nicht existiren und von deren Nichtvorhandensein er nicht zu überzeugen ist.

Hiernach ist, wohin ich mich amtseidlich erkläre, Suszka ein seit Jahren geisteskranker Mensch, der durch diese Krankheit der Fähigkeit ermangelte, mit Besonnenheit zwischen Begehen und Unterlassen der incriminirten That zu wählen, und dem meines Erachtens desshalb dieselbe nicht zugerechnet werden kann.

Gleichzeitig zwingen die geschilderten Vorkommnisse den Exploraten für gemeingefährlich zu erklären.

Berlin, den 26. October 1867.

XV.

Ueber
Encephalomalacie nach Kohlengasvergiftung.

Von

Dr. Th. Simon,
zweitem Arzt der Irrenanstalt Friedrichsberg zu Hamburg.

Die Untersuchung der Wirkungen, welche die Einathmung gewisser Gase auf die verschiedenen Organe ausübt, haben zu Resultaten geführt, die auch die Pathologie zu berücksichtigen hat.

Wenn Anhäufung der Kohlensäure zuerst Aufregung, Hallucinationen, Delirien und in stärkerer Einwirkung Sopor hervorruft, der Mangel an Sauerstoff hingegen auf bestimmte Theile des Centralnervensystems als Erregungsmittel wirkt, so ist es klar, dass, falls die Tuberkulose oder Emphysem, die Herzfehler im Blute Kohlensäure-Anhäufung und Sauerstoffmangel verursachen (was höchst wahrscheinlich ist), eine Anzahl der diese Erkrankungen begleitenden nervösen Symptome als direkte Folgen des Verhaltens der Blutgase anzusehen sind.

Auch vom Kohlenoxydgas, dem wirksamsten Stoff bei einer Reihe von Intoxicationen, der Asphyxied urch Kohlendunst, durch Leuchtgas, in Minengasen (brandigen Wettern),*) wissen wir, dass es einen intensiven Einfluss auf das Gehirn ausübt.

Freilich ist die Erklärung dieses Einflusses noch zweifelhaft, denn während einige die Wirkung von einer Oxydation des Kohlenoxyds zu Kohlensäure herleiteten (Valentin) oder die Verdrängung des Sauerstoffs durch das Kohlenoxyd, den Sauerstoffmangel, in's Auge fassten (Pokrowsky), haben andere eine dem besagten Gase eigenthümliche Wirkungsweise angenommen.

Und in der That wird man zu dieser letzteren Anschauung um so mehr gedrängt, als das Kohlenoxyd im Gehirn Veränderungen setzt,

*) Diese Gasgemenge sind im Nachfolgenden wiederholt als „Kohlengas“, d. h. bei der Verbrennung der Kohlen auftretende Gase bezeichnet. Sie enthalten alle Kohlensäure und Kohlenwasserstoffe neben dem Kohlenoxyd, das aber der bei weitem wirksamste Bestandtheil ist.

die bei keinem andern Gase beobachtet sind: nämlich direkte Strukturveränderungen. Eine Form dieser letzteren, die Gehirnerweichung, bildet den Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Unmittelbar an die Vergiftung sich anschliessende Hirnerweichungen sind wiederholt beobachtet.

Es ist auch schon der Versuch gemacht worden, später eintretende Nerven-Symptome auf die Kohlenoxydgasvergiftung zurückzuführen.

Im Nachfolgenden möchte ich aber die Aufmerksamkeit auf eine bisher nicht beachtete Nachkrankheit lenken durch Zusammenstellung einiger Fälle von Hirnerweichung nach Kohlendunstvergiftung, die sich dadurch auszeichnen, dass zwischen der Einwirkung des Kohlengases und dem Auftreten der Hirnerweichung ein längerer (scheinbar?) freier Zwischenraum besteht.

Mir erschien ein Zusammenhang zwischen beiden zuerst wahrscheinlich, als ich einen in der Irrenstation des allgemeinen Krankenhauses beobachteten Fall von Hirnerweichung las, dem eine Kohlendunstvergiftung vorangegangen war (No. IV. der nachfolgenden Fälle) und eine fortgesetzte Prüfung der Obduktionsprotokolle Kohlendunstvergifteter, so wie das Auffinden der Andral'schen Fälle (No. II. und III.) haben mich in dieser Anschauung bestärkt.

Ich schliesse einen Fall von Oppolzer*) an, der zwar wiederholt citirt ist, dessen Bedeutsamkeit aber nicht genügend beachtet ist. Freilich ist der Fall insofern weniger beweiskräftig als die übrigen, weil der Patient (gänzlich?) wieder hergestellt wurde.

I. Beobachtung.

Kohlendunstasphyxie. Bluthusten. Vollständige Erholung am folgenden Tage. Nach 8 Tagen Kopfschmerz, bedeutende Sprachstörungen, Genesung erst nach mehreren Monaten.

Drei Personen waren am Morgen soporös in ihrer Wohnung gefunden und sofort in's Krankenhaus geschafft worden; die eine derselben, ein 42jähriger Mann, kam, der besseren Luft ausgesetzt, bald zu sich, klagte über Druck auf der Brust und warf blutige Sputa aus; er erzählte, dass er in der Nacht mit Kopfschmerzen aufgewacht sei, sich habe brechen müssen, und als er das Bett verlassen, um die Thür zu öffnen, bewusstlos hingestürzt sei.

Schon am folgenden Tage war er vollkommen wieder wohl und kehrte bald darnach zu seinem gewohnten Geschäfte zurück. Nach 8 Tagen stellte er sich wieder im Spital ein, er hatte Kopfschmerzen und konnte nur lallen, einzelne Worte und Sylben aber gar nicht aussprechen. Erst nach Monate langer Pflege gewann er seine Gesundheit wieder. Es sei hier sofort hinzugefügt, dass ein zweiter Mann, der zugleich mit asphyxirt wurde, nach einer kalten Begiessung nur in-

*) Prager Vierteljahrsschrift Bd. 22, pag. 103.

soweit zu sich kam, dass er, wenn er angerufen wurde, antwortete und die Zunge hervorstreckte; doch lag er mehr als 3 Monate in soporösem Zustande und blieb idiotisch. In letzterem Falle haben wir es mit einer Hirnaffection zu thun, welche sich unmittelbar an den Zeitpunkt der Vergiftung anschliesst und wo man als anatomische Grundlage wohl ausgedehntere Hirnhaemorrhagie annehmen kann; bei dem ersten Kranken hingegen ist diese Annahme schwerlich statthaft, da ein vollkommen freier Zwischenraum von 11 Tagen zwischen dem Eintritt der ersten und zweiten Affection liegt.

Eine andere Frage ist es freilich, ob eine Encephalomalacie vorgelegen, und ich gebe gern zu, dass dies sich nicht mit Sicherheit nachweisen lässt.

Wichtig erscheint mir aber der Fall, weil hier auch Oppolzer den Zusammenhang zwischen der Kohlendunstvergiftung und den später eingetretenen Hirnsymptomen anerkennt, obschon ein freier Zwischenraum von 8 Tagen beide trennt.

Auch in den nachfolgenden Fällen stellen sich, nachdem die in Kohlengasen Asphyxirten sich schon wieder erholt, schwere Erscheinungen von Seiten des Centralnervensystems ein, die bald tödtlich enden und bei der Obduction eine Encephalomalacie ergeben.

II. Beobachtung.

Kohlengasvergiftung. Mehrere Tage anhaltende Schwindel-Anfälle, Kopfschmerz, Lokalisation des letztern in der linken Scheitelgegend; nach einem Monat Schlaganfall mit schnell nachfolgendem Tode. Section. Erweichungsheerd in der linken Grosshirnhemisphäre, dem corpus striatum und thalamus opticus.

Ein 69 Jahre alter, kräftig gebauter Portier, der sich für gewöhnlich einer guten Gesundheit erfreute, setzte sich Ende September 1821 der Einathmung von Kohlendampf aus. In Folge dessen litt er 3 bis 4 Tage hindurch an ziemlich starken Schwindel-Anfällen (étourdissements) und einem sehr peinigenden Kopfschmerz.

Die Schwindel-Anfälle hörten auf, aber der Kopfschmerz hielt an, nur lokalisirte er sich in der Gegend des linken Scheitelbeins, während er sich bis dahin über den ganzen Kopf erstreckt hatte.

Der Kranke that darnach seinen gewöhnlichen Dienst, auch war die Muskelkraft nicht vermindert.

So verlief etwa ein Monat, bis er Abends plötzlich umfiel und das Bewusstsein samt der Beweglichkeit verlor.

Am folgenden Morgen wurde er in die Charité transportirt: die Bewusstlosigkeit dauerte fort, die Glieder waren weder starr noch krampfhaft bewegt.

Das Gesicht war blauroth, die Lippen geschwollen und livid, die Augen hielt der Kranke geschlossen, hob man die Lider auf, so blieben die Augäpfel unbeweglich, die Pupillen waren gleichmässig dilatirt.

Der Kranke beantwortete keine Frage und schien von dem, was um ihn vorging, kein Verständniss zu haben. Sensibilität und Motilität der Extremitäten schien vollständig vernichtet; der emporgehobene Arm fiel schlaff zurück, sobald die Unterstützung nachliess, Kneifen u. dgl. rief keine Schmerzensäusserung hervor, nicht einmal den Versuch, den betroffenen Theil zurückzuziehen.

Der Athem war stertorös, der Puls schwach, unregelmässig, 84 Schläge in der Minute. (Venaesectio, Sinapismen, Clysma.)

Im Laufe des Tages trat der Tod ein.

Als einziges bemerkenswerthes Ergebniss der Section fand sich die Verwandlung des mittleren Theils der linken Grosshirnhemisphäre, so wie des corpus striatum und thalamus opticus in einen gelblichen Brei.*)

III. Beobachtung.**)

Symptome von Geistesstörung. Schwere Kohlendunstvergiftung, allmälige Erholung. In der Reconvalescenz plötzlich eintretende Somnolenz, fortschreitende Lähmungen. Section: grosser Erweichungsheerd in der linken Hemisphäre.

Ein etwa 68 Jahr alter Mann hatte seit einiger Zeit sich verwirrt gezeigt. Eines Abends schloss er sich in seinem Zimmer ein, nachdem er einen wüthenden Angriff gegen die Regierung niedergeschrieben; am nächsten Morgen fand man ihn bewusstlos in der mit Kohlendunst erfüllten Stube liegen und brachte ihn in die Charité.

Bei der Untersuchung war es unmöglich, eine Antwort von ihm zu erhalten; er war in einer beständigen Erregung, hatte die Vorderarme gegen die Oberarme flektirt und bewegte letztere unaufhörlich. In beständigem Wechsel streckte und beugte er seine Beine.

Der Mund stand nicht schief, die Zunge versuchte er vergebens aus dem Munde herauszustrecken.

Der Puls war schwach, nicht frequent. Der Kranke klagte über Kopfschmerzen.

Am nächsten Tage bewegte er die Glieder noch krampfhaft, aber nicht mehr so stark wie vorher. Bei Druck auf den Bauch und die Extremitäten klagte er über Schmerz (40 hirud. hinter die Ohren).

Der Zustand des Patienten besserte sich von nun an täglich, die Glieder wurden nicht mehr ohne seinen Willen bewegt, er beantwortete die an ihn gestellten Fragen und verlangte zu essen.

Schon glaubte man an seine baldige Entlassung, als er eines Morgens auffällig somnolent gefunden wurde. Es zeigte sich, dass der Mund nach links verzogen war, der rechte Arm war gelähmt, der kleine und Ringfinger der rechten Hand in permanenter Flection.

In den nächsten zwei Tagen dehnte sich die Lähmung auch auf das rechte Bein aus; der Puls war langsam, die Respiration frei, das Sensorium stark benommen.

Dann begannen Puls und Respiration sich zu beschleunigen, bald erreichte die Athemnoth einen hohen Grad und 48 Stunden nach Eintritt dieser letzten Phase verschied der Kranke.

Bei der Autopsie liess sich das Schädeldach leicht abheben, die Pacchionischen Granulationen waren ziemlich zahlreich, besonders auf der rechten Seite, wo sie ein grosses Conglomerat bildeten. Die Gefässe der dura schienen den gewöhnlichen Blutreichthum zu haben. Die harte Hirnhaut war gespannt und durch das Gehirn vollkommen ausgefüllt Die Gefässe der pia waren injicirt; milchweisse Streifen, dem Verlauf der Hirnwindungen entsprechend, trübten die weichen Häute. Letztere waren serös infiltrirt, links mehr als rechts.

---

*) Andral clinique médicale 1. V. (2. édition 1833) p. 469 (maladies de l'encéphale observ. XXI.).

**) Ibid. p. 493, obs. XXVII.

Die rechte Hemisphäre war in ihrer ganzen Ausdehnung von normaler Consistenz, die linke dagegen nur in ihren Vorderparthieen fest, seitlich dagegen deutlich erweicht, so dass man schon beim Abziehen der pia eine Schicht Hirnsubstanz mitnahm. Die graue Hirnsubstanz schien hier auffällig blass, auch etwas schmaler als in den gesunden Parthieen zu sein.

Die Ausdehnung der Erweichung nach unten und hinten liess sich durch schichtweises Abtragen feststellen: sie erstreckte sich von der Aussenseite des Seitenventrikels an der Grenze des vordern und mittlern Drittheils der Hemisphäre bis in das hintere Drittheil hinein, wo sie spitz endete.

Die erweichten Parthieen waren weiss mit einem leichten Stich in's Gelbe.

Beim Aufgiessen von Wasser wurde dies veränderte Gewebe fortgespült und bildeten sich in der Hirnsubstanz Höhlungen mit flockigen Wänden. An einzelnen Stellen war die Hirnsubstanz roth injicirt. Die Ventrikel enthielten wenig Serum.

In der Brusthöhle waren die Lungen nicht angewachsen, enthielten sehr viel schwarze Partikel, die hinteren Parthieen waren angeschoppt, an der Spitze fand sich eine kleine verkreidete Masse in einem knorpelharten Gewebe.

Das Herz war normal, das Gewebe ungemein leicht zerreisslich,*) die Aorta war im Anfangstheil normal, im untern Theil der Bauchaorta zeigte sich in Ausdehnung eines halben Zolles eine atheromatose Stelle.

Von den Organen des abdomen findet sich nur angegeben, dass der Magen an einzelnen Stellen ziemlich lebhaft geröthet war, und gegen die Enden hin die Schleimhaut sich dünn und weich erwies.

Ich kann zu diesen Fällen noch eine bisher nicht veröffentlichte Beobachtung von der Irrenstation des allgemeinen Krankenhauses hinzufügen.

IV. Beobachtung.

Schwere Kohlendunstvergiftung, langsame Erholung. Freies Intervall von etwa 10 Tagen Dauer. Dann Symptome von Geistesstörung, Krämpfe, Verfall. Section: Erweichungsheerde in beiden corpora striata.

Am 18. Januar 1862 wurde Magdalena E . . . ., 46 Jahr alt aus Kirchwärder, Ewerführers Frau, mit einem auf dementia lautenden Atteste aufgenommen. Die Patientin war früher immer vollkommen gesund gewesen bis zu einem vor drei Wochen erfolgten Unglücksfalle. Sie schlief nämlich mit ihrem Manne und ihrem jüngsten Kinde zusammen in einem Zimmer, das durch einen eisernen Ofen geheizt wurde.

Am Morgen des 28. December fand die älteste Tochter als sie die Eltern wecken wollte, das Zimmer von Kohlendunst erfüllt und die darin befindlichen Personen dem Anscheine nach leblos; der schnell hinzugerufene Arzt constatirte den Tod des Kindes; der Mann kam bald zum Bewusstein zurück und blieb vollständig gesund; die Vergiftung der Frau hingegen war eine sehr schwere und erst nach langen Anstrengungen gelang es, eine regelmässige Athmung wieder hervorzurufen, das Bewusstsein blieb jedoch mehrere Tage gestört; die Frau war still geworden, erholte sich aber allmählig so weit, dass sie wieder in ihrer Wirthschaft

*) Verfettung des Herzfleisches — oder Fäulniss.
Wie lange nach dem Tode, und in welcher Jahreszeit die Section gemacht worden, ist nicht angegeben, im Allgemeinen aber zu bemerken, dass die Andral-schen Fälle fast alle spät obducirt sind.

etwas arbeiten konnte. Schon nach wenigen Tagen (8 Tage vor ihrer Aufnahme) traten Symptome von Geistesstörung auf, welche die Ueberführung der Kranken in die Irrenstation nöthig machten. Erbliche Anlagen zur Geistesstörung sollen nicht vorhanden sein.

Die Frau liegt mit starr ausgestreckten Extremitäten, antwortet auf keine Anfragen, will nichts essen, spritzt das ihr in den Mund gebrachte wieder hervor, den Harn lässt sie unter sich. Sie sieht blass und angegriffen aus, das abdomen ist eingesunken, die Haut nicht sonderlich heiss, der Puls hat 88 Schläge, das linke Auge ist starr auf einen Punkt gerichtet, das rechte scheint vor Kurzem verloren gegangen zu sein, da man in der, noch etwas secernirenden Augenhöhle Reste der Hornhaut sieht.*) Patientin stöhnt und schreit öfter laut auf, ab und an treten krampfartige Zufälle ein. Während des kurzen Aufenthaltes der Patientin änderte sich ihr Zustand wenig, sie schluckte fast gar nicht, stöhnte oft; auf der Brust traten Rasselgeräusche ein, das Aussehen ward cyanotischer, der Puls kleiner und am Abend des 20sten starb sie.

Bei der 17 Stunden p. m. gemachten Section ergab sich Folgendes:

Guter Ernährungszustand, starkes Fettpolster, dunkle Muskulatur.

Das Schädeldach war leicht, die Stirnnath war offen, die Kranznath im untern Winkel verwachsen; die dura adhärirte am Stirntheil, im sinus war dunkles dünnflüssiges Blut mit sparsamen Gerinnseln. Die dura war dünn, die weichen Hirnhäute beinahe blutleer, von normaler Dicke und ohne Adhäsionen, die Ventrikel von normaler Weite, im 4ten zeigte das Ependym feine Granulationen.

In der Mitte des corpus striatum fand sich innerhalb der weissen Substanz eine unregelmässige, stark kirschkerngrosse Erweichung, die nach der Grenze des thalamus hin in eine etwas festere aber stark injicirte, gelblichweisse Masse überging, im Wasserstrahl flottirten röthliche Gefässstränge. An der entsprechenden Stelle des rechten corpus striatum lag eine kleinere, weniger fortgeschrittene Erweichung.

Ein Theil der angrenzenden weissen Substanz war etwas fester, aber von gelbröthlicher Farbe; in ihrer Mitte steckte ein starres gelblich aussehendes Blutgefäss.

Mit der Erweichungsstelle stehen verschiedene $^{1}/_{4}$ bis $^{1}/_{2}$ Linie starke glattwandige, in der Mitte ein Gefäss enthaltende Cysten in Verbindung.

An den Gefässen der Hirnbasis liess sich keine Veränderung nachweisen, die Hirnsubstanz war im Ganzen sehr blass, die zum rechten Auge gehenden Nerven von normaler Dicke, mit Ausnahme des N. opticus selbst, der grau und stark atrophisch war. Das Hirn wog 1255 Grm. Das Herz war etwas vergrössert, schlaff, enthielt in seiner rechten Hälfte viele Gerinnsel, die Klappen waren normal.

Die Lungen waren beide fest angewachsen, die linke überall ödematös, die grossen Bronchien geröthet, voll schaumiger Flüssigkeit; die Bronchien der rechten Lunge enthielten zähen eitrigen Schleim. Die Leber hatte einen deutlichen Schnürstreifen, ihre Schnittfläche zeigte ein gleichmässig braun-gelbes Aussehen, auf der Messerklinge war ein deutlicher Fettbeschlag, die Gallenblase enthielt dunkle Galle. In der Milz waren zahlreiche deutliche malpighische Kapseln; die Oberfläche der linken Niere zeigte starke narbige Einziehungen, die Kapseln waren stellenweise adhärent, das Parenchym schlaff; die rechte Niere war klein, ihr Becken erweitert,

*) Ob diese Zerstörung des Auges nach der Vergiftung entstanden, findet sich nicht bemerkt.

das Parenchym atrophisch; die Magenschleimhaut war blass, nur in der Nähe der cardia zeigte sich im Umfange von 2 Zoll eine stark injicirte Stelle.

An der hintern Wand lag in der Nähe der cardia eine strahlige Narbe. Der Darmkanal zeigte nichts Abnormes. Der uterus war dickwandig, die ovarien hatten zahlreiche Narben; in der gerötheten Harnblasenschleimhaut lagen viele weisse Knötchen; den Kehlkopf erfüllte schaumige Flüssigkeit, in den Morgagnischen Ventrikeln war zähflüssiger Schleim.

Man könnte in diesen Fällen den Einwand erheben, dass ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Hirnerweichung und der vorausgegangenen Vergiftung nicht existire, das Zusammentreffen beider vielmehr ein rein zufälliges sei.

Insbesondere könnte man bei den zwei Andral'schen Fällen das hohe Alter der Patienten (68 und 69 Jahr) als einen Umstand anführen, der das Auftreten einen Encephalomalacie genügend erkläre. Es muss zugegeben werden, dass so vereinzelte Beobachtungen nicht als vollgültiger Beweis angeführt werden können, aber es lässt sich doch von vornherein eine Reihe von Gründen anführen, welche die eben erwähnten Einwürfe zu schwächen im Stande sind.

Freilich waren die beiden Männer II. und III. schon alt, aber das Alter prädisponirt doch nur insofern zur Hirnerweichung, als es Atherose der Gefässe bedingt, wovon die beiden Sections-Protokolle nichts enthalten.

Im I. und IV. Fall befanden sich die Patienten im Alter zwischen 40 bis 50 Jahren. Bei der Patientin IV. fanden sich bei der Obduction weder Herzfehler noch Erkrankungen der Hirngefässe.

Es wird ausserdem in diesem Falle ausdrücklich hervorgehoben, dass die Kranke vorher sich einer vollkommen guten Gesundheit erfreut habe und es ist nicht zu übersehen, dass in diesem Falle eine wirkliche Restitutio in integrum nach erfolgter Kohlendunstvergiftung nicht wieder eingetreten sei.

Ich habe auch schon darauf hingewiesen dass im I. Fall der Zusammenhang der beiden Affektionen von andern Beobachtern (Oppolzer, bestimmter von Friedberg) anerkannt ist.

Auch im II. Fall verbindet ein intensiver Kopfschmerz die beiden Erkrankungsperioden, und die Bedeutung desselben ist um so höher anzuschlagen, als er sich schliesslich in der Gegend der Erweichung lokalisirt.

Noch wahrscheinlicher wird aber der causale Zusammenhang der letzteren mit dem Hirnleiden, wenn man die anatomischen Veränderungen ins Auge fasst, welche vom Kohlenoxyd im Gehirn gesetzt werden.

Die ersten wirklich beweisenden Beobachtungen über den Zustand des Gehirns bei der Kohlenoxyd-Vergiftung verdanken wir Ackermann, der in einer höchst interessanten Arbeit*) die allgemein verbreitete Annahme, dass der Erstickungstod mit Hirnhyperämie einhergehe, an der Hand des Experimentes prüfte.

Nach der Donders'schen Methode wurde ein Stück des Stirnbeins und die dura entfernt, und so ein Ueberblick eines Theils der pia gewonnen. Hierbei stellte es sich heraus, dass bei allen Formen des Erstickungstodes (in Kohlensäure, durch Erhängen, Ertränken, Compression des thorax), die Blutfülle der pia kurz war, während und noch eine Zeit nach dem Tode abnahm.

Bei Thieren dagegen, die durch Einathmen von Kohlenoxyd getödtet waren, zeigte sich schon längere Zeit vor dem Tode eine deutliche Zunahme der Röthe des Gehirns und eine stärkere Anfüllung der an seiner Oberfläche sichtbaren Gefässe. Diese höchst intensive Hyperämie schien bei der Vergiftung mit Kohlenoxydgas einige Minuten nach dem Tode etwas abzunehmen, bei der Vergiftung mit Leuchtgas dagegen blieb sie noch lange Zeit nach dem Eintritt des Todes in unveränderter Stärke bestehen.

Die Erscheinungen dieser „intensiven Hyperämie" lernen wir am Versuch 26 und besonders 27 (Leuchtgas) kennen.

Schon nach einigen Athemzügen erhielt das Gehirn eine intensiv rothe Farbe, welche zwischen Rosa und Kirschroth in der Mitte stand.

Gleichzeitig nehmen die Durchmesser der in der pia mater verlaufenden Gefässe enorm zu, dann hörte das Athmen etwa eine halbe Minute lang vollständig auf, um wieder in sehr heftiger Weise zu beginnen, das Thier bekam starke Convulsionen, die rothe Farbe des Gehirns und die Anschwellung seiner Gefässe wurde immer bedeutender, bis der Tod eintrat.

Ausser dieser ungewöhnlich starken Blutfülle hat das Experiment noch zwei Veränderungen am Gehirn ergeben: die Apoplexie und die Erweichung. Letheby**) fand bei Vögeln fast stets Bluterguss in's Hirn resp. die Hirnhäute, die man am lebenden Thier nach Entfernung der Haut durch das transparente Schädeldach sehen kann.

---

*) Untersuchungen über den Einfluss der Erstickung auf die Menge des Blutes im Gehirn und in den Lungen. Virchow's Archiv Bd. XV. (1858) pag 401.

**) The poisonous effects of carbonic oxide, in the Lancet 1862, vol. I. No. 9. (1. Jan. 1862) p. 219.

Bei einem Experiment von Klebs,*) das insofern etwas complicirt ist, als dem betreffenden Thiere mit Kohlenoxyd gesättigtes Blut in den peripherischen Theil der carotis communis injicirt wurde, fanden sich in der grauen Substanz der Hirnrinde an verschiedenen Stellen Blutextravasate, die aus feinen Punkten und Streifen bestanden und die sich am Ausgedehntesten im linken Scheitel- und rechten Hinterhauptslappen fanden; im rechten corpus striatum lagen ebenfalls einige kleine Extravasat-Flecke.

Die feinere Struktur der erkrankten Stelle beschreibt Klebs folgendermassen:

„Die mikroskopische Untersuchung ergiebt, dass an diesen Stellen die arteriellen Gefässe und ein Theil der Capillaren mit Blutkörperchen vollgestopft sind, in der Adventitia der ersten findet sich an zahlreichen Stellen extravasirtes Blut, dessen Körperchen vollkommen erhalten sind. Es bilden diese Blutmassen meist spindelförmige Anschwellungen, innerhalb deren das comprimirte Gefäss liegt, wie bei dem gewöhnlichen Aneurysma dissecans der kleineren Hirnarterien. Wo diese Extravasate am zahlreichsten sich vorfinden, sind die Zellen der Neuroglia in ihrer Umgebung zu spindelförmigen oder runden, etwas glänzenden Körpern angeschwollen, deren Kern erst nach Essigsäurezusatz hervortritt, zum Theil enthielten dieselben feine Fetttröpfchen. Die nervösen Elemente scheinen noch keine Veränderung erlitten zu haben. Es sind dieses also Veränderungen, wie sie der sogenannten rothen Erweichung vorangehen."

Mit diesen Experimental-Untersuchungen stimmt der Leichenbefund über in Kohlengasen Erstickte im Grossen und Ganzen überein.

Schon Portal**) bezeichnet als konstante Erscheinung bei den in irrespirablen Gasen Verstorbenen die Anfüllung der Blutgefässe des Hirns.

Ebenso bemerkt Pyl,***) dass bei Leuten, die an Kohlendämpfen erstickt sind, sich „äusserst angefüllte Blutgefässe im Kopfe" finden.

Seitdem findet sich wohl in allen Lehrbüchern †) diese Hirnhyperämie angeführt (Henke, Devergie, Orfila, Casper).

---

*) Virchow's Archiv Bd. XXXII. p. 502.

**) „Ueber die Wirkung der mephytischen Dünste aus Hist. et Mém. de l'acad. des sciences 1775 und 1776 p. 492, 599, in der Sammlung auserlesener Abhandlungen zum Gebrauche praktischer Aerzte" Bd. VII. (1781) p. 732.

***) Aufsätze und Beobachtungen aus der gerichtlichen Arznei-Wissenschaft I. Sammlung (1783) p. 15.

†) Nur Siebenhaar und Lehmann, die ersten Monographen der Kohlendunstvergiftung, leugnen dieselbe, sprechen dagegen von einem hellrosenrothen

In 60 Sectionen von Kohlengas-Asphyxieen, die ich zusammengestellt habe, finden sich 48, in denen das Hirn und seine Häute hyperämisch waren; 4/5 der Obduktionen entsprechen also genau dem Resultate, das bei Thieren gefunden ist, und in 14 unter diesen 48 Fällen wird die Hyperämie als eine sehr starke oder ganz ungewöhnlich starke bezeichnet, besonders was die Gefässe der Hirnhäute anbelangt, von denen wiederholt der Ausdruck gebraucht wird „strotzend von Blut" oder „rabenkieldick geschwollen".

Ehe wir die an diese Zustände höchster Hyperämie sich anschliessenden Blutergüsse und Hirnerweichungen anführen, müssen wir aber noch bemerken, dass es Fälle giebt, die der allgemeinen Regel geradezu entgegenlaufen, indem sich eine Anämie des Hirns und seiner Häute fand.

Freilich ist die Zahl dieser Fälle eine sehr geringe, ihre Bedeutsamkeit aber nicht zu unterschätzen, da der Werth negativer Befunde dadurch sehr vermindert und die theoretische Deutung der Hirnsymptome bei der Kohlendunst-Asphyxie überhaupt eine complicirte wird.

Es sind zunächst zwei zusammengehörige Fälle von Casper,*) einen Mann von 60 und eine Frau von 56 Jahren betreffend, die durch die Dünste eines Kohlenbeckens erstickt wurden.

Beide hatten den Gesichtsausdruck ruhig Schlafender, die Zunge lag hinter den Zähnen, Hirnhäute und Gehirn waren bei beiden sehr blutarm. (Section am 4. Tag bei kaltem Wetter, die Leiche des Mannes verwesungsgrau, die der Frau vollkommen frisch).

Ein dritter Fall von Casper,**) schon nach 24 Stunden secirt, ist der eines 35jährigen Webers, der durch das zu frühe Schliessen eines mit Koaks geheizten Ofens erstickte.

Die Leiche und insbesondere das Gesicht war sehr blass, Hirnhäute und Gehirn enthielten nur wenig Blut. Das Blut der Leiche war im Ganzen sehr flüssig, kirschfarben.

Diese Ausnahmen sind ein bedeutsamer Fingerzeig, nicht für alle Vergiftungsfälle gleiche Zustände des Gehirns anzunehmen.

Ihre Erklärung ist für jetzt sehr schwierig. Es bleibt die Annahme, dass in diesen Fällen die Kohlengase eine andere Zusammensetzung gehabt, insbesondere weniger Kohlenoxyd enthielten. Dieser Vermuthung ist aber der Umstand nicht günstig, dass in den zwei

---

Schimmer, den die Hirnsubstanz, graue und weisse, annehmen soll (Kohlendunstvergiftung 1858 p. 51).

*) Casper, gerichtliche Medizin; thanatologischer Theil, Fall 219 und 220.

**) Klinische Novellen zur gerichtlichen Medizin (1863) p. 485.

ersten Casper'schen Fällen Mann und Frau an den Ausdünstungen eines Kohlenbeckens zu Grunde gingen, was auf eine grosse Intensität des Giftes, d. h. auf einen grossen Prozentgehalt von Kohlenoxyd schliessen lässt.

Eher lässt sich vielleicht eine Beobachtung zur Erklärung verwenden, die Klebs*) bei einer Fledermaus machte und folgendermassen schildert:

„Eine Abweichung von dem beschriebenen Verhalten fand sich in einem Falle, bei welchem ein schon häufiger dem Versuch unterworfenes Thier benutzt wurde. Die Gefässe der Flughaut waren bereits im Beginn des Versuchs sehr weit und wurden nach Einathmung von CO blasser und schmäler. Ich glaube, dass es sich in diesem Falle nicht um eine Contraction der Gefässe handelte, sondern dass die, durch die früheren Versuche gelähmten Gefässe sich entleerten, indem die Herzaction geschwächt wurde. Welche besondern Bedingungen hierauf von Einfluss waren, habe ich nicht ermitteln können. Eine ähnliche Erscheinung sieht man an den zuerst stark gerötheten Ohren von Kaninchen, die nach einiger Zeit wieder erblassen, während die übrigen Abschnitte des Gefässsystems, namentlich der V. portae, um so stärker gefüllt werden, also dort lokale Ischämie in Folge verringerter Herzleistung, hier dieselbe Erscheinung in Folge zunehmender Erweiterung anderer Gefässbezirke."

Für die zwei ersten Casper'schen Fälle scheint diese Klebs'sche Erklärung um so eher Platz greifen zu können, als es sich um schon ziemlich bejährte Individuen handelt.

Beachtenswerth ist es auch, dass in einem vierten Casper'schen**) Falle, in welchem die Vergiftung nur wenige Minuten gedauert, sich keine Blutfülle des Hirns fand.

Ein 20jähriger, sehr kräftiger Mann trat in eine Kammer, in die eine sehr reichliche Menge Leuchtgas eingeströmt war; er fiel sofort um und war fast auf der Stelle todt. Die Section wurde erst am dritten Tage, doch im Januar bei starkem Frost gemacht (die Leiche war noch todtenstarr). Es fand sich in dura und pia nur eine sehr mässige Blutfülle, das Gehirn war fest und nicht hyperämisch; die Ventrikel enthielten mässig viel Serum, dagegen war die Vena jugularis strotzend gefüllt, die Hirnsinus enthielten sehr viel dunkles, wasserdünnflüssiges Blut; in der rechten Herzhälfte war ein, in der linken ein halber Esslöffel Blut.

Es geht nicht an, den Tod hier durch die Austreibung des Oxygens oder durch eine der Gefässerweiterung secundär nachfolgende

*) l. c. p. 484.
**) Klinische Novellen p. 482.

Herzlähmung zu erklären; man muss entweder eine spezifische Wirkung der Kohlengase, sei es auf das Herz, sei es auf das Gehirn, oder eine abnorme Zusammensetzung des Gases, einen Gehalt desselben z. B. an Cyanverbindungen annehmen.

Wie dem auch sei, die Fälle, in denen man nach Einathmung von Kohlengasen Anämie des Gehirns findet, bildet die Ausnahme, diejenigen, in denen das Gehirn aussergewöhnlich blutreich ist, sind bei weitem überwiegend.

An den einfachen Blutreichthum des Organs reiht sich der Blutaustritt in den Gehirnhäuten, die Capillarapoplexie und die Erweichung des Gehirns.

Blutaustritt fand sich bei einem 7jährigen Knaben, der mit seiner Mutter und Schwester todt gefunden war, der Ofen war mit Holz und Kohlen geheizt, das Rohr desselben geschlossen.

Die Section ergab bei allen drei Leichen grosse Blutfülle im Gehirn, bei dem Knaben ausserdem einen Bluterguss über die ganze convexe Fläche der pia mater.*)

Ferner bei einem in brandigen Wettern erstickten 25jährigen Grubenarbeiter (Fritsch),**) dessen Gehirnhäute mit Blutextravasat bedeckt waren.

Bei einer 67jährigen Trinkerin, die über einem Topf mit Kohlen erstickt war. Die dura war fest mit dem Schädel verwachsen, ihre Arterien und Venen bis in die feinsten Zweige injicirt, der sinus voll dunkelrothen dünnflüssigen Blutes; über der pia lag ausgetretenes Blut.***)

Bei einem in Steinkohlendampf erstickten Soldaten, dessen sinus von Blut strotzten und dessen Gehirn hyperämisch war. In der linken hintern Schädelgrube befand sich geronnenes Blut zwischen den Blättern der arachnoidea.†)

Hierzu sollen noch Fälle von Portal und Bernt kommen,††) die mir nicht zugänglich waren.

Zuweilen verbindet sich mit dem Blutaustritt auf und zwischen den Hirnhäuten Apoplexie des Gehirns. Dies geschah bei einer Frau, die in Folge des Eindringens von Leuchtgas aus einer defekten Stelle der Strassenleitung in ihrer Wohnung verstarb.

Bei der Section war das Gesicht blass, der Gesichtsausdruck ruhig, wie der einer Schlafenden, die Kopfschwarte blutleer, in den sinus wenig Blut, die dura dagegen prall gespannt, mit zahlreichen Tropfen dunklen, dünnflüssigen Blutes

---

*) Mertzdorff, Beiträge zur gerichtlichen Medizin aus dessen Nachlass in Horn's Archiv 1823 II. Heft p. 267 und 99 (die Section, Fall 13, p. 293—295).

**) Casper's Vierteljahrsschrift XVI., p. 161.

***) Krombholz, gerichtlich-medizinische Untersuchungen II. Heft, p. 56 sqq., Fall VI.

†) Beobachtung eines Falles von Steinkohlendampf von Fallot in Namur in L. T. von Froriep's Notizen 1829, Bd. XXV. No. 4 p. 57.

††) Fr. Siebenhaar und Lehmann, Kohlendunstvergiftung p. 51.

belegt. Die pia war serös infiltrirt, getrübt, sehr blutreich, die Marksubstanz mit unzähligen Blutpunkten durchsetzt, der Blutreichthum stellenweise zur capillaren Apoplexie gesteigert. Die Rindensubstanz war braunröthlich.*)

Zweimal findet sich neben dem Bluterguss Gehirnerweichung. So in dem vielbesprochenen Ziemssen'schen Fall der Frau Oske.**)

Die ganze Familie, bestehend aus dem 30jährigen Manne, der 40 Jahr alten Frau, einem Sohn von 5 und einem Mädchen von 4 Jahren, wurde in ihrem Schlafzimmer durch Kohlendunst vergiftet. Der Knabe ward todt gefunden, der Mann und die Tochter kehrten bald zum vollen Wohlbefinden zurück, die Frau aber blieb bis zu ihrem am vierten Tage erfolgenden Tode ohne Bewusstsein.

Bei der Section fand sich das Gehirn und seine Häute sehr hyperämisch, an der äussern Seite der Grosshirnhemisphäre eine intermeningeale Blutung von 2" Länge und 1½" Breite. In der weissen Substanz der rechten Hemisphäre und in dem linken corpus striatum war je ein pflaumengrosser mit kleinen Apoplexieen umsäumter Erweichungsheerd.

Recklingshausen***) fand bei einem in tiefstem Coma aufgenommenen und bald verstorbenen 31jährigen, sehr kräftigen Mann (W. Fietze; Klebs Fall 2)†) dura und pia unverändert, das Hirn von guter Consistenz und ziemlichem Blutreichthum, an der weissen Substanz mehr venös, an der grauen gleichmässig rosenroth, Mandelkern beiderseits in den vordern Parthieen brüchig, Schnittfläche kaum besonders geröthet und sieht man darin regelmässig ziemlich weite Gefässstämmchen verlaufen.

Der Zustand der Mandelkerne wird an einer andern Stelle††) der der gewöhnlichen gelben Erweichung genannt.

Das letzte Beispiel von Hirnerweichung nach Kohlengasintoxikation ist der von Klebs mitgetheilte Fall Beyer,†††) der sich durch die Entwickelung ausgedehnter Ulcerationen in der Haut und durch seine Bedeutung für die gerichtliche Medizin auszeichnet.

Am Abend des 18. November legte sich Beyer in einem Zimmer zu Bett, in dessen kleinem eisernem Ofen ein Kohlenfeuer brannte. Am 22. November, also am vierten Tage, erwachte er aus seinem bewusstlosen Zustande, ging auf den Hof und holte Wasser. Er war inzwischen schon zwei Mal erwacht gewesen, hatte aber das Bewusstsein wieder verloren.

Er wurde in's Krankenhaus gebracht, war noch benommen, liess Harn und Stuhl unter sich; der rechte Arm war gelähmt und ödematös.

---

*) Schumacher in Henke's Zeitschrift für gerichtliche Medizin; fortgesetzt von Behrens, 1862, 1. Quartal, Band 83, p. 1 sqq.
**) Ziemssen, die Electricität in der Medicin, 2. Aufl. (1864) p. 117.
***) Klebs l. c. p. 456.
†) Friedberg (Fall 3, p. 110) schreibt Tietze.
††) Friedberg, p. 52.
†††) Pag. 507.

In den nächsten Tagen klärte sich das Sensorium vollständig auf, die Lähmung blieb und es zeigten sich auf der Haut Stellen, die wie Brandwunden aussahen, deren bedeutendste in der rechten Achselhöhle, eine zweite grosse in der Mitte des rechten Oberschenkels lag.

Am 17. Dezember starb der Kranke, nachdem die Wunden sich vergrössert, Blutung, wiederholte Schüttelfröste und zuletzt Icterus eingetreten.

Wie ich in dem Auszug aus der Krankengeschichte nur die Hirnsymptome berücksichtigte, nehme ich aus dem sehr interessanten Scetionsprotokoll auch nur den auf das Gehirn sich beziehenden Passus heraus.

„Das Gehirn ist ausserordentlich blutarm, die weisse Substanz von leicht gelblicher Farbe, die Rinde stellenweis mit fleckiger capillarer Röthung, welche letztere sich in noch höherem Grade an der grauen Substanz der C. striata und der thalami optici vorfindet; im rechten Linsenkern ein ziemlich scharf begrenzter erbsengrosser Erweichungsheerd von gelblicher Farbe".

Ein Erweichungsheerd hatte sich demnach hier gebildet; dass die Lähmung des rechten Armes von ihm abhängt, ist wahrscheinlich, muss aber bei den mehrfachen intensiven Veränderungen, die in Muskeln und Nerven sich fanden, dahingestellt bleiben.

Ueberblicken wir noch einmal die Befunde bei der Kohlenoxyd- und Kohlengasvergiftung, so finden wir durch das Experiment festgestellt: Gefässerweiterung höchsten Grades, Apoplexieen, den Beginn eines Erweichungsprozesses; klinisch beobachtet: Gefässerweiterung, Hyperämie, Blutaustritt auf die Hirnhäute, Capillarapoplexieen des Gehirns, Gehirnerweichung.

In einem Falle der letzten Kategorie sahen wir den Tod einen Monat nach der Katastrophe eintreten, nachdem das Sensorium wochenlang vollständig wieder frei geworden.

An diesen Fall schliessen sich diejenigen, die wir oben zusammengestellt haben, klinisch unmittelbar an. Auch hier wird das Sensorium frei, später aber von Neuem wieder benommen und es tritt rasch der Tod ein.

Für die Erklärung liegen mehrfache Möglichkeiten vor. Es können bei der Intoxikation Gehirnveränderungen wie in dem Klebs'schen Experimente eingetreten sein, in dem die ersten Stadien der rothen Erweichung gefunden wurden.*) Diese selbst kann dann sich später allmählig entwickelt haben. Oder es entwickelte sich in späterer Zeit jener oft als „reactive Entzündung" bezeichnete Prozess in der Umgebung eines kleinen Erweichungsheerdes, auf die ebenfalls Klebs an einer andern Stelle aufmerksam macht mit den Worten:**)

*) Es sind dieses also Veränderungen wie sie der soganannten rothen Erweichung vorangehen.

**) Pag 468.

„Es ist also ein Zustand, der, wenn er in lebenden Theilen eintritt, zum Absterben, zur Necrobiose führt, bei welcher die Form der Theile mehr oder weniger erhalten sein kann. In welchem Stadium der Veränderung eine Regeneration noch möglich ist, lässt sich nach den vorliegenden Thatsachen nicht entscheiden. So viel ist indess sicher, dass nach einer gewissen Zeit innerhalb der betroffenen Organe die unbetheiligten Gewebe, hier das interstitielle Bindegewebe zu entzündlichen Prozessen angeregt werden, ebenso wie im Umfang von embolischen Infarcten. In diesen secundären Prozessen beruht dann eine neue Gefahr, die sich nach dem Ablauf der CO-Vergiftung ebenso sehr bemerklich macht, wie nach dem typhösen Prozesse."

Es ist offenbar nicht nöthig, für alle Fälle den gleichen Entwickelungshergang anzunehmen.

Die letztere Erklärung erscheint mir z. B. wahrscheinlicher in dem III. Falle (Andral XXVII.), wo die Erweichung jedenfalls in den letzten Tagen sehr schnell an Ausdehnung gewann, wie die so rasche Zunahme der Lähmung beweist.

Auch die p. m. gefundene Beschaffenheit des Gehirns spricht nicht dagegen, indem dasselbe in den erweichten Parthieen eine weisslichgelbe Farbe, an andern Stellen Hyperämie zeigte. Letztere sind möglicher Weise die Arten, in denen die Erweichung fortschritt. Beweisender wäre es freilich, wenn an einer Stelle sich eine ältere Erweichung gefunden hätte.

Der Fall würde dann am meisten Analogie mit dem Fall „Beyer" haben, indem in diesem sich auch sofort ein Erweichungsheerd (im corpus striatum mit Lähmung des Armes) entwickelte, später aber das Sensorium wieder frei wurde.

Während sich jedoch bei Beyer die Erweichung nicht fortentwickelte, der Tod vielmehr unter Symptomen der Blutvergiftung eintrat, griff in dem Andral'schen Falle die Erweichung weiter um sich und führte das Ende herbei.

Dahingegen möchte die II. Beobachtung (Andral XXI.) eher so aufzufassen sein, als ob durch die Einwirkung des Kohlenoxydes eine Ernährungsstörung gesetzt sei, die im weitern Verlauf zur Erweichung führte, und als seien die Kopfschmerzen als ein Symptom dieses Vorstadiums aufzufassen.

Es sei noch einer ferneren Möglichkeit erwähnt. Die Kohlenoxydvergiftung bedingt den Prozess fettigen Zerfalls in den verschiedensten Organen. Möglicherweise kann unter bestimmten Verhältnissen dies

auch für die kleinen Hirngefässe gelten, und in Folge der in diesen eingetretenen Veränderungen sich später Ernährungsstörungen in Form der Erweichung einstellen.

Darüber wird eine weitere Experimentation entscheiden, zu der die Kohlengasvergiftung überhaupt dringend auffordert. Dass man durch Inhalation dieses Gases, oder eines, dasselbe enthaltenden Gasgemenges Gehirnblutungen und Gehirnerweichungen erzeugen kann, steht fest — es wird zu erforschen sein, unter welchen speziellen Bedingungen sie auftreten. Bis dies erreicht, möge man aber der von mir hervorgehobenen Thatsache Beachtung schenken, dass längere Zeit nach der Erholung von der Kohlendunstvergiftung noch Gehirnerweichungen eintreten können. Die immer wachsende Zahl der Erkrankungsfälle durch Kohlendunst möge eine Aufforderung sein, in Zuständen, die eine Encephalomalacie vermuthen lassen, die anamnestischen Nachfragen auch auf die verschiedenen Formen der Kohlenoxydvergiftung auszudehnen.

XVI.

Aneurysmatische Entartung der Gehirnrinde
nach übermässiger Anstrengung.*)

Von

Dr. Ludwig Meyer.

Hierzu Tafel VII. Fig. II.

Wir werden uns heute mit der Untersuchung eines jener Fälle beschäftigen, welche ganz eigentlich bestimmt scheinen, die Unentbehrlichkeit des klinischen Unterrichts in der Psychiatrie darzuthun; denn in der Beobachtung und Darstellung der Entstehung und des Verlaufes dieses, wie analoger Krankheitsfälle, bietet sich uns eine unvergleichliche Gelegenheit die empfindlichsten Lücken des Systems, dessen wir, bei dem dermaligen Stande unseres psychiatrischen Wissens, einmal zu Unterrichtszwecken nicht entrathen können, auszufüllen. Indem unser Kranker neben und nach einander eine Reihe von Erscheinungen beobachten liess, welche nicht nur den verschiedensten Formen der Geisteskrankheiten angehören, sondern in das Gebiet ebensowohl der Neurosen als der substantiellen Gehirnerkrankung hinüberführen, bekommen wir eine gute Illustration zu dem nicht genug zu beherzigenden Satze der modernen Psychiatrie von der inneren Zusammengehörigkeit jener Erkrankungsgebiete. Nach dieser Auffassung sind Geisteskrankheiten, gleich den allgemeinen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, Symptome analoger und gradweise verschiedener, durch Individualität, den allgemeinen Erregungszustand des Nervensystems, durch die Zeit, innerhalb welcher die Schädlichkeit zur Entwickelung gelangt, und ähnliche Einflüsse in ihren Aeusserungsweisen modificirter Gehirnerkrankungen.

---

*) Der erste Theil der Mittheilung ist ein, in der Göttinger psychiatrischen Klinik im Sommersemester (1867) gehaltener Vortrag.

Mit einigem Rechte würden Sie dieser Anschauung gegenüber die Bemerkung machen dürfen, dass wir uns mit derselben in einem gewissen Widerspruch zu der von uns stets bei der Untersuchung Geisteskranker festgehaltenen diagnostischen Methode befänden, nach welcher die beobachteten Erscheinungen möglichst scharf einer der beiden grossen Gruppen der Seelenstörungen unterzuordnen seien, je nachdem sich unzweifelhafte Zeichen einer directen Schwächung der psychischen Functionen constatiren lassen oder letztere in ihrer eigentlichen Technik — der Combination und Association der Vorstellungen, im Gebiete des Urtheilens, Schliessens, sich Erinnerens — intact erschienen, vielmehr indirect und secundär afficirt durch pathologisch veränderte Stimmungen, Affecte, Triebe u. d. m. Wenn aber jene directe Störung der Intelligenz, in welchem Symptomen-Complexe sie auch auftrete, die Dementia, wie wir alle diese Zustände nach dem Satze: a majori fit denominatio, vom psychologischen Standpunkte aus bezeichnen können, stets auf eine substantielle Gehirnerkrankung zu beziehen ist, so ist es desshalb nicht ohne Weiteres gestattet, im Gegensatze zu diesen Schwächezuständen die sog. Gemüthskrankheiten als rein functionelle Abweichungen, als Reflexe des Gehirns, nach dem bekannten Schema der Reflexbewegung aufzufassen. Es ist Ihnen nicht unbekannt, durch welche in der That sehr probable Deductionen, ebensowohl von der klinischen Beobachtung wie den Autopsieen ausgehend, man die Gruppe der Gemüthskrankheiten den sog. sympathischen Gehirnkrankheiten angereiht hat, so den beispielsweise stets wieder citirten Convulsionen der Kinder nach Wurmreiz. Diesen, wie mir damals schien, fundamentalen Gegensatz zwischen den beiden Hauptgruppen der Geisteskrankheiten hielt ich selbst vor kaum einem Decennium klinisch wie anatomisch gut genug begründet, um in ihm einen der hauptsächlichsten Ausgangspunkte weiterer Untersuchungen auf dem Gebiete der Psychiatrie zu erblicken.*) Sehr bald nach dieser Veröffentlichung beobachtete ich nun in einer ganzen Reihe von Fällen, welche sich während ihres ganzen Verlaufes oder doch des grössten Theiles desselben in ihren Erscheinungen als einfache Melancholieen oder Manieen dargestellt hatten, an der Leiche schwere Veränderungen des Gehirns und seiner Häute, beträchtliche Geschwülste, hämorrhagische Entzündungen der Dura mater, vor Allen aber mehrere höchst interessante Thrombosen der grossen venösen Blutleiter des Gehirns, Embolieen sei-

*) Die allgemeine progressive Gehirnlähmung, eine chronische Meningitis. Berlin 1868, pag. 40.

ner grösseren Arterien sowohl, als zahlreicher kleinerer Aeste. Diese Erfahrungen, welche sich durch ähnliche*) aus der neueren Litteratur nicht unbeträchtlich vermehrten, nöthigten zu einer wesentlichen Modification der Theorie, deren weitere Begründung uns hier zu weit führen würde. Erwähnt sei nur, dass diese Erfahrungen in Verbindung mit den, hier oft demonstrirten Circulations-Verhältnissen der Gemüthskranken fast dazu nöthigen, die Erregung krankhafter Gemüthszustände, der Melancholie, der Manie mit Störungen des Drucks, die meist wieder von Störungen der Circulation innerhalb der Schädelhöhle abhängen, in einen gewissen Zusammenhang zu bringen.

Für die klinische Psychiatrie sind jene Erfahrungen aber hauptsächlich desshalb so werthvoll, weil sie uns mit einer Reihe oft scheinbar unbedeutender Erscheinungen bekannt machen, bei deren Vorhandensein wir hinter dem sog. Gemüthsleiden eine sehr wesentliche Gehirnerkrankung, mindestens mit hoher Wahrscheinlichkeit diagnosticiren dürfen, und das ist es hauptsächlich, was uns die Untersuchung des gegenwärtigen Falles so lehrreich machen muss.

Der Kranke, am 9. Juli 1867 der Anstalt zugeführt, steht im 27. Lebensjahre, ist Zimmermann, verheirathet und Vater dreier gesunder Kinder. Bei seiner mittleren Grösse fällt die beträchtliche Schulterbreite, der untersetzte, robuste, fast athletische Wuchs um so mehr auf. Die im Sitzen gebeugte Haltung, der auf die Brust gesenkte Kopf, die den Knieen aufgestützten Arme machen den Eindruck der Erschlaffung und Uebermüdung. Er bewegt sich kaum auf seinem Sitze, auf dem er bisher während der ganzen Untersuchung verharrte, scheinbar in sich versunken und völlig theilnahmlos für Alles um ihn Vorgehende. Aber der Ausdruck der Gesichtszüge entspricht einer derartigen Deutung durchaus nicht. Dieselben sind schmerzlich verzogen, die Stirn zeigt sowohl Quer- als Längsfalten, die Nasenflügel sind herauf-, die Mundwinkel herabgezogen, als sollten sogleich Thränen erfolgen. Unter den halb herabgezogenen oberen Augenlidern verändern die Augen oft und plötzlich ihre Richtung, nach jeder Bewegung, jedem Geräusche in der Umgegend ängstlich blickend. Veranlassen wir ihn aufzustehen und umherzugehen, so sucht er die Ecken des Zimmers auf und hält sich, während er sich weiter bewegt, mit dem Rücken der Wand zu gerichtet, beide Hände vor sich hin haltend, als ob er sich stets zur Abwehr eines plötzlichen Angriffes bereit halten müsse.

*) S. Bericht über die 40. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hannover pag. 341.

Auf Anreden, aber auch ohne solche Anregung, bricht der Kranke in leises Wimmern und Klagen aus: „Ach, was wird aus mir, was soll ich hier, ich will gehen“. Er verneint krank zu sein oder Schmerzen zu haben, hinzusetzend: im Kopfe sei es ihm angethan, aber zu Hause werde er schon ordentlich und fleissig sein. Auf wiederholte Fragen erhalten wir endlich in vielfach durch Kopfschütteln, Seufzen und Jammern unterbrochenen Aeusserungen, die Auskunft, dass er grosse Angst habe, die ihm das Herz abdrücken wolle; er sei arm, sehr arm; Frau und Kinder müssten hungern, er selbst sei ganz verloren.

Unterbrechen wir vorläufig die Untersuchung und versuchen wir aus den sofort zu Tage tretenden Erscheinungen der Seelenstörung einen Schluss zu ziehen, der uns bei den ferneren Beobachtungen leiten könne. Der Kranke wird sich während dieser Besprechung sammeln und in vortheilhafter Weise unsere diagnostischen Bemühungen durch eine deutlichere und zusammenhängendere Auskunft unterstützen. Was wir bisher von ihm sahen und hörten, lässt uns ihn, wenn wir der gebräuchlichen psychiatrischen Nomenclatur folgen, als einen an Melancholie Erkrankten bezeichnen, also als einen Geisteskranken, bei dem die Störung der psychischen Function sich wesentlich als schwermüthige Verstimmung, als deprimirender Affect äussert. Der hohe Grad des Ergriffenseins der Gefühlssphäre, welcher sich nicht nur in jeder sprachlichen Aeusserung des Kranken, sondern noch mehr in der stummen kummervollen Haltung, dem schmerzhaft verzogenen Gesichte, den ängstlich umherblickenden Augen, den stets abwehrenden Bewegungen ausspricht, lässt ferner mit hoher Wahrscheinlichkeit vermuthen, dass die Geisteskrankheit eine verhältnissmässig frische, von nicht zu langer Dauer sei, dass hier demnach noch ein sog. primitiver Krankheitszustand vorliege, d. h. ein solcher, bei dem das Denkvermögen nicht in selbstständiger Weise gestört, vielmehr durch krankhafte Verstimmungen in eine, diesen entsprechende, einseitige Richtung gedrängt, durch diese organisch bedingten, affectartigen Zustände in seiner Functionirung eingeengt, indirect geschwächt erscheint. Wir sind daher aus dem einsilbigen Wesen des Kranken, aus seinen, weder der Umgebung noch den an ihn gerichteten Fragen entsprechenden Aeusserungen, nicht zu der Annahme berechtigt, er sei etwa stumpf in seinen Empfindungen, percipire diese langsam und unvollkommen und vermöge nur schwer die unbestimmten Vorstellungen zu associiren, er urtheile, schliesse gar nicht oder höchst unvollkommen. Vielmehr könnten wir bereits auf einzelne Erscheinungen aufmerksam machen, welche auf scharfes, eher zu scharfes Empfinden deuten. Aber der

Kranke erscheint widerstandslos einem schmerzhaften Seelenzustande hingegeben, welcher allen Empfindungen, von welchen objectiven Eindrücken sie auch hervorgerufen sein mögen, seine dunkle Färbung mittheilt. Gelangen diese Empfindungen zur Perception, so nöthigen sie den sich aus ihnen entwickelnden Vorstellungen bereits in der Geburt das Stigma desselben schwermüthigen Affectes auf und drängen fortan auch das bewusste Seelenleben in den von jenem beherrschten Kreis der Furcht, Angst, Sorge. Der Inhalt dieser melancholischen Wahnvorstellungen, d. h. Vorstellungen, welche ihrer Form nach dem erkrankten Subject und nicht der objectiven Welt angehören, ist daher zur Beurtheilung derartiger Zustände irrelevant. Dem fleissigen Arbeiter, dem gewissenhaften Familienvater lagen die seiner Schwermuth entsprechenden Vorstellungskreise des Arbeitsmangels, der Armuth, des Hungers seiner Kinder nahe; dazu gesellten sich, dem Bildungszustande des bäuerlichen Arbeiters gemäss, der höhere geistige Anregung nur in der Sonntagspredigt findet, die Idee des kirchlichen Verlorenseins, der Verdammniss.

Dieser Auffassung des Falles entspricht völlig der uns bei der Aufnahme des Kranken (am 8. Juli 1867) übergebene, jene Massnahme motivirende ärztliche Bericht. Erst vor einem halben Jahre sind, so lauten jene Nachrichten, die ersten Symptome einer psychischen Veränderung bei dem bis dahin völlig gesunden, fleissigen und in seinem Fache tüchtigen Manne beobachtet worden. Es fiel auf, dass er viel in religiösen Büchern las, häufiger wie sonst nach dem Abendmahle verlangte, um Vergebung seiner Sünden bat. Seine Besorgniss, dass er sein Brod verlieren, seine Familie in Noth gerathen würde, war gross, er hielt sich für verspottet und äusserte, er müsse sich das Leben nehmen oder nach Amerika auswandern. Das früher blühende Aussehen war einer blassen, unreinen Gesichtsfarbe gewichen, häufig wechselte er die Farbe und klagte über Kopfschmerz. Ein Paroxysmus, in welchem er auf Besucher mit dem Messer eindrang, sich selbst verletzen wollte, Möbel zertrümmerte, bewog die Frau erst vor wenigen Wochen in die Transferirung zur Anstalt zu willigen. Wir finden also auch in der Anamnese die Entwickelung eines schmerzhaft psychischen Zustandes, wie gewöhnlich, begleitet von Symptomen deutlicher anderweitiger Erkrankung des Nervensystems und Ernährungsstörungen. Rasch kommt es zur Bildung von melancholischen Wahnvorstellungen, welche indess weder besonders fixirt sind, noch ein einheitliches System bilden, sondern gelegentlich wechseln und sich gegenseitig verdrängen. Meist ist das Verhalten still, passiv; nur einmal steigert sich die Angst

zu jener überwältigenden Höhe, in welcher auch die motorische Sphäre, der Wille, dem krankhaften Affect nicht mehr widerstehen kann, wo sich die Gegensätze scheinbar berühren und ein rascher Uebergang von der Willenlosigkeit, der äussersten Passivität des Melancholikers, zu der Activität des Tobsüchtigen stattfindet.

Nach Allem diesem handelt es sich also um eine Melancholie, welche in allen wesentlichen Beziehungen von den gewöhnlichen Fällen dieser Art nicht abwiche, und wir dürfen kaum hoffen, durch weitere Auskunft des Kranken, durch genauere Untersuchung seiner Organe mehr zu erreichen, als eine schärfere, mehr individualisirte Zeichnung des bereits gewonnenen Krankheitsbildes. Und doch werde ich jetzt auf eine Reihe von Erscheinungen aufmerksam machen können, welche an dem mehr beruhigten Kranken auch dem weniger geübten Beobachter kenntlich genug hervortreten und sofort die Untersuchung von dem Felde der unerquicklichen psychiatrischen Phraseologie mitten in das Gebiet greifbarer Gehirnpathologie führen. Denn das ist gerade, wie im Anfange dieses Vortrags erwähnt wurde, der grosse Werth dieses und der analogen Krankheitsfälle für den Unterricht, dass sie eine demonstratio ad hominem über die ausserordentlich geringe Bedeutung einer Diagnostik darstellen, die mit dem Hineinschieben eines Falles in ein Schema der irrenärztlichen Nomenclatur ihr Werk für gethan hielt, und wie grade auf diesem Gebiete der Pathologie die in alle Einzelbeziehungen des Falles genau eindringende Untersuchung Noth thut.

Bei dem jetzt ruhigen Sprechen des Kranken frappirt sofort die Art der Articulation. Dieselbe ist weder undeutlich verschliffen, in der Consonirung zitternd oder völlig unterbrochen und dann plötzlich explodirend, wie in den meisten Fällen deutlich ausgesprochener allgemeiner progressiver Paralyse. Aber die Worte werden langsam, schwerfällig hervorgebracht, als bedürfe jedes einzelne eines Zuges, die Aussprache von Worten mit vielen Consonanten, zumal Gaumenbuchstaben, das R G ist entschieden mühevoll. In der That klagt der Kranke auch über die häufig sich einstellende Missempfindung des Steckenbleibens in der Kehle. Es ist dieselbe Sprachstörung, welche man bei günstiger Gelegenheit ganz im Beginn der allgemeinen progressiven Lähmung beobachten kann, noch ehe es zur völligen Entwickelung der Seelenstörung gekommen ist. Die leicht bewegte, durch Zahneindrücke an den Rändern gekerbte Zunge wird gerade ausgestreckt, kann aber kaum einige Augenblicke in dieser Lage gehalten werden; sie geräth in zitternde Bewegung und zuckt unwillkührlich zurück. Die

Zahnkerbung findet sich ausserordentlich häufig bei melancholischen und stupiden Geisteskranken und ist nur Zeichen wie Folge der ausserordentlich geringen Bewegung dieses Organs. Aber das fibrilläre Zittern, das Zucken der Zunge erinnert wieder an jenes schwere chronische Gehirnleiden. Es tritt auch vorübergehend in der einen oder andern Wange, in den Augenlidern auf; bei Schliessung derselben wird es, besonders im obern Augenlide, heftig und dauernd. Die Bewegungen der Extremitäten, die Haltung des Rumpfes zeigen diese Abnormitäten nicht. Der Gang ist zwar zögernd, der Händedruck sehr wechselnd in seiner Stärke, der Rumpf leicht gebeugt, indess irrt man schwerlich, wenn man in diesen Erscheinungen, wie bereits erwähnt, die Rückwirkung der schwermüthigen Verstimmung auf das motorische System erkennt.

Ehe wir zur Untersuchung der Sensibilität übergehen, muss ich Ihre Aufmerksamkeit auf zwei, bei Geisteskranken ausserordentlich häufige Zustände richten, welche das Resultat gewisser besonderen, Genauigkeit beanspruchenden Prüfungsmethoden wesentlich beeinflussen. Zuerst kommt die Schwierigkeit in Betracht, welche der zerstörte oder affectvolle Zustand dieser Kranken der bei derartigen Versuchen nothwendigen Sammlung entgegensetzt; sie sind desshalb meist nicht im Stande mit der nöthigen Aufmerksamkeit den bei derartigen Versuchen sehr wechselnden Erregungen der Hautoberfläche zu folgen. Dieser Umstand erklärt zur Genüge die im Laufe dieser Versuche vorkommenden, sich oft diametral widersprechenden Angaben der Kranken. Je einfacher die Methode, je kürzere Zeit und zugleich je kräftiger sie die Aufmerksamkeit des Kranken fesselt, desto brauchbarer das Ergebniss. Zur Prüfung des Tastsinns beschränke ich mich daher bei Geisteskranken, einzelne Stellen der Hände, Arme etc. mit der Nadel zu berühren und den getroffenen Punkt sofort mit dem Zeigefinger suchen zu lassen. Der zweite ungünstige Umstand bezieht sich auf den den meisten Geisteskranken eigenthümlichen Zustand der Hautcirculation. Die Hände und Füsse, wie die Wangen, Nasenspitze etc. sind kalt, bläulich; der sehr kleine weiche Puls der Radialarterie, der langgezogene erste, der klappende zweite Herzton weist auf eine wesentliche Abweichung der Circulationsverhältnisse hin, vermöge welcher der grösste Theil des Blutes in den Venen angehäuft ist, das Herz den Lungen nur sehr kleine Blutwellen übergibt und daher auch den übrigen Körpertheilen nur geringe Quantitäten mit einer ungenügenden Sauerstoffmenge versehenen Blutes zuführt. Die Temperatur dieser Geisteskranken ist daher, wenn nicht Fiebererregungen

hinzutreten, unter der Norm; in unserem Falle erreichte der Thermometer im Rectum kaum 36 Grad in der Abendstunde. Aber es leuchtet auch ein, dass der Druck des im Hautvenensystem angehäuften, ungenügend erwärmten Blutes in gleicher Weise die Empfindlichkeit herabsetzen muss, als wirkten Kälte und Druck von der Oberfläche aus. Es gelingt nun dem Kranken, zumal wenn wir nicht unterlassen seine Aufmerksamkeit durch bestimmtes Auffordern anzuregen, die mit der Nadel berührten Punkte der einen Hand mit dem Zeigefinger der anderen ziemlich genau zu treffen, zu genau unter Berücksichtigung der erwähnten Verhältnisse, als dass wir eine Störung des Tastgefühls voraussetzen dürften. Dagegen ist es Ihrer Beobachtung wohl nicht entgangen, wie der Kranke, der bei geöffneten Augen vor den ihm genäherten Finger zurückschreckt, diese Nadelstiche ohne Beschwerde und ohne jenes Reactionszucken erträgt, das sich unter normalen Verhältnissen kaum beim besten Willen unterdrücken lässt. In diesem Falle sind, wie die Aeusserungen des Befragten ergeben, die tiefen Stiche gleichfalls nur als Berührungen empfunden worden. Die Empfindung für schmerzhafte Hautreizungen ist demnach aufgehoben oder doch sehr vermindert, während die Tastempfindungen in normaler Weise zur Perception gelangen. Wir haben diesen Versuch hier schon öfter und mit gleichem Erfolge bei allen Fällen von allgemeiner progressiver Paralyse angestellt. Wenn aber einfache Hauterregungen deutliche Tastempfindungen bewirken, aber in demselben, normal localisirenden Individuum durch eine noch so grosse Steigerung des Hautreizes Schmerzempfindungen nicht hervorgerufen werden, so liegt in diesem pathologischen Phänomen die bündigste Widerlegung der bisher in der Physiologie gangbaren Ansicht, in der Schmerzempfindung nur eine bedeutende Steigerung der Tastempfindung zu sehen. Ebensowenig günstig sind aber diese Erscheinungen auch den andern Erklärungsversuchen der Differenz von Schmerz- und Tastempfindungen durch Annahme besonderer pathischer Nervenendorgane oder Centren neben den tactilen. Diese vielen Geisteskranken, den Blödsinnigen höheren Grades fast ausnahmslos eigenthümliche Stumpfheit gegen starke, ja oft die allerstärksten Hautreize (man denke nur an die Beobachtungen schmerzlos verlaufender enormer Verbrennungen und Verletzungen bei Paralytikern), während für die geringeren der Tastsinn noch normal erscheint so lange die Intelligenz der Kranken zu den entsprechenden Versuchen noch ausreicht, lässt in der Schmerzempfindung ein sehr complicirtes, mit den Zuständen des Bewusstseins innig verknüpftes Phänomen vermuthen.

Wo sich daher, wie in dem gegenwärtigen Falle, die Sensibilität in der gedachten, gewissermassen antagonistischen Weise verhält, da dürfen wir mit hoher Wahrscheinlichkeit einen Schwächezustand der Intelligenz, Schwachsinn, oder was dasselbe sagen will, irgend ein substantielles Gehirnleiden voraussetzen und darf ich versichern, dass das genannte Phänomen häufig genug mich vor voreiligen diagnostischen und prognostischen Schlüssen bewahrt hat, wie begründet dieselben auch durch das psychische Verhalten erschienen. Auch unser Kranker muss, obwohl seine auffallendsten und daher zunächst in die Augen fallenden Symptome dem Bilde einer Melancholie entsprechen, zweifellos den Schwachsinnigen zugezählt werden. Denn zuerst wollen Sie bemerken, wie auch jetzt bei hinreichender Beruhigung und Sammlung einfache, sein Leben, Handwerk u. dgl. betreffende Fragen schwer, oft erst nach mehrfachen Wiederholungen und Umschreibungen verstanden werden, wie langsam die meist unvollständigen Antworten erfolgen. Das Erinnerungsvermögen ist abgeschwächt, besonders für die jüngere Vergangenheit. Die dem angeblichen Ausbruch der Geisteskrankheit naheliegenden Ereignisse, wichtigere und unwichtigere, die Untersuchung des Physikus, die Art der Herreise, die Ankunft in der Anstalt sind gar nicht oder nur dunkel im Gedächtnisse aufbewahrt. Die Vorstellungen sind daher nicht nur schwer anzuregen, sondern Bildung wie Association der Ideen geschieht auch sehr lückenhaft und schwerfällig; die Intelligenz ist sowohl stumpf als schwach.

Die Symptome, welche die Untersuchung gleichsam versteckt hinter dem Schleier der einfachen Melancholie hervorgeholt hat, die Dementia, die Motilitätsstörungen im Bereich des hypoglossus und facialis, die allgemeine Abstumpfung der Sensibilität führen mit Nothwendigkeit zur Annahme bedeutenderer pathologischer Veränderungen des Gehirns. Der Mangel halbseitiger und bedeutenderer Lähmungserscheinungen überhaupt in den Extremitäten lässt jeden Versuch, den Sitz des Uebels genauer zu bestimmen, von vorn herein als hoffnungslos erscheinen. Indess grade die Abwesenheit bestimmterer Erscheinungen schliesst mit der höchsten Wahrscheinlichkeit die Centralganglienkörper des Gehirns, corpus striatum, thalamus etc. aus, während sie in Verbindung mit der Dementia auf ein sehr diffuses Leiden der Gehirnrinde deutet. Aber noch ein anderes Symptom unterstützt die Voraussetzung, dass wir es hier mit einem mehr allgemeinen, wenn wir wollen diffusen, langsam entwickelten Gehirnleiden zu thun haben. Zweimal haben wir während seines erst 14tägigen Aufenthaltes in der Anstalt Anfälle eigenthümlicher Art beobachtet, welche, wenn wir die Beob-

achtungen auf diesem dunklen Gebiete zusammenfassen, den epileptischen sehr nahe stehen.

Den Anfällen voranf ging eine enorme Steigerung der Angst. Die Gesichtszüge nahmen ein erschrecktes, aber zugleich betäubtes, wildes, drohendes Aussehen an. Häufiges, oberflächliches Athmen, der kaum zählbare, fast fadenförmig kleine Puls, die zuerst blasse, dann bläuliche Färbung der Haut, besonders des Gesichtes und der Hände erweisen das tiefe Ergriffensein der Circulation und Respiration. Plötzlich sprang der Kranke aus seinem Bette, stürzte zur Thüre seines Zimmers hinaus auf den Corridor, warf den entgegentretenden Wärter zu Boden, entkleidete sich völlig in einem Augenblick und kroch in diesem Zustande unter eine Bank, dann, als man ihn dort hervorziehen wollte, unter ein Bett, stets mit grösster Schnelligkeit auf Händen und Füssen kriechend. Da es auf keine Weise gelingen wollte, ihn zum Verlassen dieses sehr engen Raumes zu bewegen, so wurde das Bett von seinem Platze entfernt, aber da er jeder Bewegung des Bettes sofort kriechend folgte, so gelang es erst durch Aufrichten desselben seiner habhaft zu werden und ihn in ein Bett zu bringen. Dort sass er von kaltem Schweiss bedeckt, Schaum vor dem Munde und mit stieren glänzenden Augen, starr wie betäubt aufrecht. Von Zeit zu Zeit durchlief ein convulsivisches Zittern, wie ein Schüttelfrost seine Muskeln, einige Male knirschte er mit den Zähnen. Nach einer halben Stunde wurde er besinnlich, genoss ein Glas Wein und gab Antworten. Die Vorgänge während des Anfalles waren ihm völlig entgangen. Er wusste nur, dass er vorher entsetzliche Angst gehabt habe vor Mördern, Feuer u. dgl.

Paroxysmen, in welchen es unter hochgradiger Steigerung der Angst zu heftiger Agitation kommt, sind nicht selten Begleiter der Melancholie; ihre Verbindung mit jenen tobsuchtsartigen Anfällen hat man bekanntlich zur Bezeichnung einer speciellen Form der Melancholie benützt, die Melancholia agitans. Plötzlich auftretende heftige Agitation ist im Verlaufe der Melancholie stets ein unangenehmes Symptom; aber wenn die Besinnlichkeit in diesen Anfällen ganz oder zum Theil unterdrückt ist, wenn, wie in unserm Falle, Zeichen einer gefahrdrohenden Circulationsstörung innerhalb der Schädelhöhle sich mit auch noch so leichten Andeutungen einer convulsivischen Betheiligung des Muskelapparates verbinden, so besteht sicher ein schweres, perniziöses Gehirnleiden, welches nicht blos die geistigen Functionen, sondern in der Regel auch das Leben mit schnellem Verfall bedroht. Die Autopsie weist in diesen Fällen sehr verschiedene Veränderungen innerhalb der

Schädelhöhle nach — Gehirngeschwülste, Thrombosen der Sinus, Embolieen kleinerer und grösserer Gefässe, meist in Verbindung mit Herzkrankheiten etc., welche aber sämmtlich darin übereinkommen, dass sie die Druckverhältnisse des Gehirns plötzlichen, bedeutenden Schwankungen aussetzen.

Von einem rein symptomatischen Gesichtspunkte aus ist durch Verbindung von Schwachsinn mit gewissen Erscheinungen unvollkommener Paralyse in unserm Falle die Ansicht nahe gelegt, dass es sich hier auch um eine gewöhnliche allgemeine progressive Paralyse handle. Aber dieser Anschauung stellt zuerst das jugendliche Alter des Kranken Bedenken entgegen. Er ist kaum 27 Jahr alt und nach einer, durchaus auf eigene Beobachtung gestützten Zusammenstellung kommt die genannte Erkrankung, zumal bei Männern ausserordentlich selten vor dem 30. Jahre zum Ausbruche. Von mehr als 100 Männern, welche an allgemeiner progressiver Paralyse litten, standen nur zwei zwischen dem 20. und 30. Jahre. Von diesen hatte der eine, ein notorischer Säufer, längere Zeit an chronischem Alcoholismus, der andere an secundärer Syphilis gelitten, während unser Kranker von Jugend auf kerngesund, nüchtern und solide gewesen war; namentlich lässt weder die gegenwärtige Untersuchung noch die Anamnese Verdacht auf eine überstandene Affection des Herzens, welche die Möglichkeit von Embolieen der Hirngefässe nahe legte, aufkommen; ebensowenig liegen Insulte des Schädels, etwa durch Fall oder Schläge u. dgl. m. vor.

Es bliebe daher nur übrig, in der ferneren Entwickelung der Krankheitserscheinungen oder schliesslich der Autopsie bestimmtere Aufklärungen zu erwarten, wenn nicht genauere, mehrere Jahre hinter den angeblichen Beginn der Erkrankung zurückgreifende Erkundigungen uns mit einem Vorfalle bekannt gemacht hätten, in welchem ich, analogen Erfahrungen gemäss, trotz der Grösse des inzwischen verflossenen Zeitraumes, die causa efficiens der jetzigen Erkrankung zu erblicken keinen Anstand nehme. Unser Kranker, bekannt durch seine fast athletische Kraft und nicht wenig stolz auf dieselbe, hatte schon öfter sich durch Wetten zu bedenklichen Kraftstücken verleiten lassen, vor etwa drei Jahren (genau liess sich der Zeitpunkt nicht feststellen) machte er sich anheischig einen von zwei Mann getragenen Balken, nachdem derselbe in angemessener Höhe über zwei Querbalken gelegt war, allein mit dem Kopfe aufzuheben, nachdem sich überdiess der Zimmermeister auf denselben gesetzt hatte. Das Experiment gelang, aber die Anstrengung war so enorm gewesen, dass ihm

die Holzschuhe während des Anstemmens auseinanderplatzten. Gleich nachher fühlte er ausser einigem Schmerz in den weichen Kopfbedeckungen keine Unbequemlichkeiten; auch in den nächstfolgenden Tagen litt er nur an einigen knotenartigen Anschwellungen auf dem Scheitel, welche indess bald wieder wichen. Eine Quetschung des Periostes der Schädelknochen oder dieser selbst hat wohl schwerlich stattgefunden, da diese keinerlei exostosenartige Auswüchse oder Verdickungen unter der, übrigens gleichfalls unveränderten und mit dichtem Haarwuchs bedeckten Kopfschwarte fühlen lassen. Der Kranke blieb nicht einen Tag vom Zimmerplatze fort und hat viele Wochen in alter gewohnter Weise dort gearbeitet; demnach schien der Versuch ohne jede schädliche Folgen ausgeführt zu sein.

Erst nach Verlauf mehrerer Monate, zuerst kaum merklich, aber allmälig mit stets zunehmender Deutlichkeit, zeigten sich eine Reihe von Beschwerden, welche von dem Ergriffensein des Gehirnes unzweideutige Beweise geben und die Besorgniss des sonst stets heiteren Kranken rege machten. Zuerst fiel es diesem auf, dass er sich bei Arbeiten auf dem Dache nicht mit der früheren Sicherheit bewege; öfter wurde er bei derartigen Gelegenheiten von einem, bis dahin ihm völlig unbekannten Angstgefühle ergriffen, es war ihm zu Muthe als würde er hinabgezogen und er musste hinab eilen, um sich der vermeintlichen Gefahr des Hinabstürzens zu entziehen. Es verdient volle Beachtung, dass als erstes Zeichen des leidenden Gehirns ein Symptom auftritt, welches wesentlich der psychischen Sphäre angehört. Das Gefühl der Unsicherheit, welches fast jeden derartiger Situationen Ungewohnten beim Hinabsehen in grössere Tiefen befällt, beruht auf einer mehr oder weniger heftigen, der Neuheit und Lebhaftigkeit der Empfindung entsprechenden Vorstellung des Hinabfallens. Bei sog. nervösen Personen, bei welchen sich schon unter gewöhnlichen Verhältnissen die Empfindungen rascher zu Vorstellungen und diese zu Willensimpulsen entwickeln, steigert sich die Idee des Hinabfallens zu der des Hinabgezogenwerdens und bemächtigt sich wie ein zwingender Trieb des Bewegungsapparates, welcher oft nur durch Anklammern an die Umgebung und Schliessen der Augen zu besiegen ist. Diese rasche Umsetzung einer Empfindung in Willensimpulse characterisirt den sog. Höhenschwindel als einen wesentlich psychischen Vorgang. Er ist, hier allerdings in beschränkter Weise, das Symptom eines psychischen Zustandes, welcher in völliger Analogie zu der sog. reizbaren Schwäche des gesammten Nervensystems steht. In ihren höchsten Steigerungen bilden dieselben Vorgänge das auffälligste Symptom maniacalischer

Zustände: die sich plötzlich aus Empfindungen hervorbildenden oder selbst spontan auftretenden triebartigen Vorstellungen von solcher Stärke, dass sie sofort durch entsprechende Bewegungen ausgelöst werden. Schwindelgefühle der verschiedensten Art sind bekanntlich ein gewöhnliches Vorkommniss im Verlaufe der Manie, aber der Zustand der Kranken gestattet fast niemals eine genauere Classification. Das Gefühl deutlichen Höhenschwindels konnte ich übrigens kurz vor dem Ausbruch einer Geisteskrankheit in zwei Fällen beobachten. In beiden scheint die Entwickelung grade dieses Symptoms von der Art des Lebensberufes abhängig gewesen zu sein; denn beide Male waren es Prediger, welche wiederholt vor dem Beginn der Predigt beim Hinabsehen von der Kanzel von dem Gefühl des Hinabstürzens ergriffen wurden. Es fällt dieses Symptom als Zeichen der Ergriffenheit des Gehirns in unserm Falle um so mehr ins Gewicht, weil es einen vorher völlig robusten, an die Empfindung grösserer Höhendimensionen von Jugend auf gewöhnten Mann betrifft. Die Zunahme dieses Symptomes zu Schwindelanfällen in geringerer Höhe und auf ebenem Boden, sowie das Auftreten weiterer cerebraler Erscheinungen erfolgte so allmälig und im Ganzen wenig belästigend, dass erst etwa seit einem Jahre ärztliche Hülfe aufgesucht ist. Doch war es dem Kranken bereits vor zwei Jahren aufgefallen, wie er zuweilen bei stärkeren Anstrengungen von plötzlichen rasch vorübergehenden, partiellen oder allgemeinen Zuckungen befallen wurde, wie von electrischen Schlägen; Gefühle von Hitze und Kälte den Rücken hinab, durch die Gliedmassen rieselnd, öfter den Kopf einnehmend, wurden häufiger; schliesslich nöthigten heftige betäubungsartige Kopfschmerzen zum Aussetzen der Arbeit, und dieser Umstand wurde, wie in den arbeitenden Klassen gewöhnlich, erst der Grund den Arzt zu befragen. Sehr früh, ziemlich gleichzeitig mit dem Beginn der Schwindelerscheinungen, hatte sich übrigens ein anderes ominöses Cerebralsymptom eingestellt, Vergesslichkeit und erschwerte Auffassungsgabe für einigermassen complicirte Arbeiten, so dass er die Stelle des leitenden Zimmergesellen (Zimmerpolirs) nicht mehr versehen konnte.

Nach alle dem ist wohl nicht zu bezweifeln, dass das fragliche Gehirnleiden in seiner Entstehung auf jenes Hebeexperiment zurückzuführen sei. Um die Wirkung jenes Vorganges auf das Gehirn oder den Schädelinhalt überhaupt uns klar zu machen, hat man sich zuerst zu vergegenwärtigen, dass der Schädelinnenraum des Erwachsenen einen hermetisch verschlossenen, dem Einfluss des directen atmosphärischen Druckes völlig unzugänglichen Hohlraum darstellt. Plötzliche

Steigerungen des Blutdruckes finden also weder in diesem noch in der muskulären Compression der Wandungen des Hohlraums, wie sie am Thorax und Abdomen stattfinden, ein Gegengewicht, während die übrigen ausgleichenden Momente, wie Ausweichen oder gar Resorption der Cerebrospinalflüssigkeit aus Mangel der nothwendigen Zeit nicht zur Wirksamkeit gelangen können.

Wie aber rasch ausgeführte enorme Muskelanstrengungen, wie das Heben grosser Gewichte in entsprechender Weise den Blutdruck erhöhen müsse, lässt sich am besten an den völlig analogen Vorgängen erschwerter Defaecation erläutern, bei welcher die vollste Wirksamkeit der Bauchpresse beansprucht wird. Sie beginnen mit einer kräftigen Inspiration bis zur möglichsten Ausdehnung des Thorax. Indem die sofort geschlossene Stimmritze jede bedeutendere Compression desselben bei den nun folgenden Muskelcontractionen verhindert, wird der an seinem Umfang inserirten Muskulatur ein fester Stützpunkt und die freieste Wirksamkeit in der beabsichtigten Richtung ermöglicht. Die Muskelaction wirkt aber als Druck auf den unbeweglichen Thorax zurück, und dieser Druck wird durch die stark mit Luft gefüllten Lungen fast ungeschwächt dem Herzen und den in der Brusthöhle befindlichen grossen Gefässen mitgetheilt. Die geräuschvolle Exspiration, mit welcher die comprimirte Luft nach jeder derartigen Anstrengung aus der geöffneten Stimmritze entweicht, giebt eine recht gute Anschauung von der Höhe des voraufgegangenen, dem Blute mitgetheilten Druckes. Die tactmässigen Anstrengungen gewisser Arbeiten, wie Rammen, Schmieden mit grossen Hämmern, Aus- und Einladen von Schiffsgütern pflegen daher die Arbeiter mit lautem tactmässigen Aechzen, Rufen oder Singen zu begleiten.

Der intrathoracale Druck theilt sich nun vorzugsweise den dünnwändigen und daher leicht zusammendrückbaren grossen Venen mit und wirkt dem capillaren Kreislauf gegenüber um so mehr als enormes Stauungshinderniss, als bei der Contraction der gesammten Muskulatur und der gleichzeitigen Compression der Unterleibshöhle das Blut fast des ganzen venösen Kreislaufes mit verstärktem Impulse dem rechten Herzen zuströmt. Es erscheint uns äusserst wahrscheinlich, dass die Gehirncapillaren auch desshalb besonders unter den angegebenen Verhältnissen zu leiden haben und ihre Wandungen leichter dem seitlichen Drucke und der Zerrung nachgeben, da ihrer plötzlichen Ausdehnung nicht der active Widerstand ungebundener muskulöser Organe entgegensteht.

Bekanntlich zählen Vorgänge der genannten Art, das Heben von

schweren Lasten, wie in unserm Falle, starkes Pressen beim Stuhlgange, Erbrechen, heftige Hustenstösse, zu den häufigeren Gelegenheitsursachen der Gehirnapoplexie. Einer Ruptur der Gehirngefässe, in welchem Theile des Gehirns wir sie auch immer annehmen mögen, widerspricht hier auf das Entschiedenste die völlige Abwesenheit jedes bedenklichen Cerebralsymptoms geraume Zeit nach der veranlassenden Ursache. Wohl aber ist es gestattet, als Folge des enormen seitlichen Druckes die Erweiterung der Gehirncapillaren in grossem Umfange anzunehmen. Wenn aber eine bleibende Vergrösserung seiner Strombahnen schon dadurch weitere Störungen des Gehirns bedingt, dass sie die Basis einer mehr oder weniger dauernden Gehirnhyperaemie bildet, so darf auch die Ausdehnung der Capillarwand als eine Quelle weiterer Ernährungsstörungen nicht übersehen werden. Am häufigsten werden diese Gefässerweiterungen in der Rinde gefunden und haben wir bereits aufmerksam gemacht, wie auch die Symptome der Erkrankung in unserm Falle dieser Annahme günstig seien.

Die allmälige Entwickelung der geistigen Schwäche in Verbindung mit unvollkommenen Lähmungserscheinungen, die bedeutende Abstumpfung des Schmerzgefühls bei erhaltenem Tastgefühl lassen vermuthen, dass weiterhin Veränderungen der Gehirnrinde eingeleitet sind, wie sie gewöhnlich der sog. allgemeinen progressiven Paralyse der Irren zu Grunde liegen, ein schleichender entzündlicher Zustand der Gehirnsubstanz, eine Encephalitis chronica. Wäre die Diagnose hier hinreichend sicher gestellt, so wäre damit über Prognose wie Therapie das endgültige Urtheil völliger Hoffnungslosigkeit gesprochen. Aber jener Symptomencomplex findet sich in seinen mässigeren Graden, wenn auch selten mit Veränderungen eines weniger eingreifenden und hartnäckigen Characters verknüpft, bedeutenderen Hyperämieen des Gehirns und seiner Häute, chronischen Erkrankungen der letzteren, besonders Pachymeningitis interna oder externa. Hier lässt sich von bedeutenden Ableitungen, sog. Contrastimulantien, in möglichster Nähe des ergriffenen Theiles angebracht, noch Erfolg erwarten. In der Hamburger Irrenstation befand sich ein Fuhrmann, welcher nach einem Hufschlage vor die Stirne stumpfsinnig geworden war und bis auf den, ja öfter mangelnden Grössenwahn seit einem halben Jahre ganz das Bild der allgemeinen progressiven Paralyse darbot. Die ausserdem durch eine bedeutende Knochennarbe in der Gegend der Frontalhöcker sicher constatirte Ursache der Erkrankung veranlasste mich damals, die Stirngegend in bedeutendem Umfange mit Brechweinsteinsalbe einreiben zu lassen; ausserdem wurde Jodkali in ziemlich bedeutenden Gaben ver-

ordnet. Es entwickelte sich eine umfangreiche Eiterung mit stellenweise tiefgreifenden Abstossungen der Kopfschwarte. Die Eiterung wurde bis zu dem Nachlass der drohenden Erscheinungen unterhalten, das Jodkali bis in die Reconvalescenzzeit hinein fortgebraucht. Die Heilung war eine vollständige, und habe ich mich vier Jahre nach der Entlassung des Mannes, der sein Geschäft als Fuhrmann in den Strassen Hamburgs wohl noch heute betreibt, von dessen völligem Wohlsein überzeugen können. Ernährungs- und Kräftezustand unseres Kranken gestatten ein eingreifendes Verfahren, und man wird es begreiflich finden, dass wir wieder der Einreibung der Pockensalbe in die Kopfschwarte mit dem innerlichen Gebrauche des Jodkali verbunden, den Vorzug geben. Aber ich hoffe kaum gleichen Erfolg; das Schädeldach ist schwerlich so unmittelbar der Ausgangspunkt der Erkrankung gewesen, wie in dem erwähnten Falle, auch müssen wir die jetzt über 3 Jahre hinausreichende Dauer der Erkrankung als ein äusserst ungünstiges Moment betrachten.

Am 13. Juli wurde Brechweinsteinsalbe in die zweithalergross abrasirte Stelle des Scheitels eingerieben und bis zum 16. fortgefahren. Die Wirkung war ausserordentlich schwach; es zeigten sich nur wenige kleine Pusteln, wesshalb am 17. Wiener Paste applicirt wurde. Indess erregte auch dieses Mittel nur geringe Reaction, es kam nicht zu einer confluirenden Eiterfläche. Die zerstreuten gehobenen Stellen wurden mit unguentum basilicum nach Abweichung des Schorfes verbunden; dennoch war Alles bis zum 27. wieder vertheilt. Da während dieser Behandlung der Kranke freier wurde, besser schlief und unaufgefordert sich an den Hausarbeiten betheiligte, so hielt ich es für geboten nach einer Anfangs August eingetretenen Verschlimmerung noch einmal die Einreibung wiederholen zu lassen. Die Pusteln brachen diesmal reichlicher hervor; wiederum besserer Schlaf, freierer Kopf, deutlichere Sprache; aber diese Besserung sollte von nicht viel längerer Dauer sein, als die erste, obwohl auf dem Scheitel durch Cantharidensalbe eine reichliche Eiterung unterhalten wurde. Am 13. August trat ein nahezu ebenso hochgradiger Angstanfall ein, wie der oben beschriebene; derselbe wurde doppelt ominös durch die nachfolgende mehrtägige maniacalische Aufregung mit ausserordentlich wechselnder Stimmung. Bald sprang der Kranke lustig umher, lachte und sang, bald äusserte er Angst und bat um Vergebung seiner Sünden. Er glaubte zeitweise von schwarzen Gestalten bedroht zu sein;

grüne, rothe und blaue Flammen an den Wänden zu erblicken. Die rechte Pupille zeigte sich verzogen und ein Wenig weiter als die linke. Dieser Zustand hielt unverändert bis Anfang September an. Es trat ausgedehnte und intensive Personenverwechselung ein, da er einen der Aerzte stets für seinen Bruder, die ganze übrige Umgebung für alte Bekannte ansah. Am 3. September heftige Erregung; der zerstörungssüchtige und offensive Kranke muss zur Zellenabtheilung verlegt werden. Der Puls bleibt mehrere Tage lang sehr klein und frequent, die Farbe des Gesichtes an Wangen, Nase, leicht bläulich. In der Zelle zerreisst der Kranke seine Bettdecken, schmutzt und tobt. Die Stimmung ist mehr heiter, euphoristisch, nur selten von Angstanfällen unterbrochen. Jeden sich ihm Nahenden nennt er seinen Bruder, will ihn umarmen, bietet ihm grosse Belohnungen an. In wenigen Tagen hatte sich der höchste Grad der Gefrässigkeit entwickelt; er verschlingt die ihm gereichten Speisen, sie mit beiden Händen ergreifend, in wenigen Augenblicken und verlangt mit grossem Geschrei und befehlshaberischem Ausdrucke sofort andere Speisen. Am 21. September lief der Kranke stundenlang in derselben Richtung, stets die linke Seite schief der Wand zugekehrt, im Kreise umher, ohne auf Zureden zu achten; es liess sich nicht entscheiden ob und wie weit das Bewusstsein fehlte. Er blieb nur stehen, wenn man ihn gewaltsam festhielt, um sofort, nachdem er losgelassen, seine Manège-Bewegung wieder zu beginnen. Am Tage nach diesem Anfall zeigte sich eine bedeutende Veränderung in dem Wesen des Kranken. Bis dahin fast stets unruhig, schreiend und beweglich, sass er jetzt meist in einer Ecke den Kopf in den Händen. Angeredet war er freundlich, zeigte Euphorie in seinem ganzen Betragen, stand und gieng aber nur unwillig und schwankend. Nach einer Woche vermochte er nicht mehr sein Bett zu verlassen. Arme und Beine bewegen sich fortwährend, wie unwillkührlich. Aber er ergreift sofort das ihm gereichte Essen und verschlingt es mit der gewöhnlichen Gefrässigkeit. Er nennt jeden, der kommt, seinen Bruder und freut sich ausserordentlich über jeden Besuch. Die rechte Pupille ist stärker erweitert.

Am 9. October wurde der Kranke sprachlos gefunden, der Kopf hinten über gestreckt, die Nackenmuskeln fest contrahirt. Die übrige Muskulatur schlaff, doch am deutlichsten auf der linken Körperhälfte, dort fehlt jede Reaction gegen tiefe Nadelstiche, während sie rechts noch in geringem Masse vorhanden ist. Beide Pupillen sehr weit, jedoch, wie stets vorher, die rechte weiter und verzogen. Körpertemperatur gesunken; die Oberfläche fühlt sich kalt und feucht an. Respi-

spiration stertorös; 48 sehr kleine Pulse. Die verorduete Arznei, sowie Wein werden nicht genommen, da Schlingbewegungen nicht mehr stattfinden. Der Tod erfolgte unter Zunahme des Collapses erst nach zwei Tagen, am Morgen des 11. October.

Die Section fand bei der Untersuchung der Brust- und Bauchhöhle alle Organe von völlig normalem Ansehen. Das Rückenmark zeigte keine Trübungen und Verdickungen seiner Häute; die Substanz, sowohl graue als weisse, erschien blutleer. Unter der Arachnoidea des oberen Cervicaltheiles ein fleckiger Bluterguss, welcher in feinen Streifen und Punkten bis zu seiner Mitte reicht. Beim Eröffnen der stark gespannten harten Hirnhaut tritt das Gehirn stark vor. In den Maschen der weichen Hirnhäute ist flüssiges Blut diffundirt; die Diffusion erstreckt sich auf das ganze Vorderhirn, den oberen Theil des Schläfenlappens, das Mittelhirn in Streifen längs der Längsspalte und der Sylvischen Grube und confluirt an der Basis der Brücke, der Hirnschenkel, weniger des verlängerten Markes zu blasenförmigen Ansammlungen dünnflüssigen Blutes. Nach Abzug der weichen Hirnhäute, der ohne Substanzverlust erfolgte, erscheinen die Windungen beider Vorderlappen, die Randwindungen der Schläfenlappen und der vordere Theil des Scheitellappens mit grossen Blutpunkten bedeckt und blauröthlich gefleckt. Nach wiederholtem Abspülen des auf die Oberfläche stets von Neuem hervorquellenden Blutes traten auf den, im Allgemeinen hyperaemischen Windungen intensiver blau und roth gefleckte groschen- bis guldengrosse Stellen hervor, am zahlreichsten und stärksten auf der rechten Gehirnhemisphäre. Der Durchschnitt zeigt an diesen Stellen capilläre Apoplexien, kaum von der Grösse eines Stecknadelknopfes und zahlreiche bläuliche, weite Capillargefässe, gleichfalls mehr in der oberflächlichen Rindenschicht und nirgends in die weisse Substanz hineinreichend. Vereinzelte stark hyperaemische oder ecchymosirte Flecke vielfach zerstreut in der übrigen Rindensubstanz. Die Oberfläche der ergriffenen Windungen tritt an einzelnen Stellen wie gewulstet vor, während sich an anderen leichte Einziehungen und Runzeln zeigen.

Bei der microscopischen Untersuchung zeigten sich die Capillaren und zum Theil auch die kleinsten Venen der Rindenschicht an den bezeichneten Stellen in mannigfaltiger Weise erweitert und in ihren Wandungen verändert. Als erste Stufe der Erkrankung liessen sich einfache, eine Seite eines Capillarrohres treffende Ektasieen von beschränkter Ausdehnung und sonst völlig normalem Ansehen bezeichnen. Sie wurden zerstreut überall in der oberflächlichen Rindenschicht von Vorder- und Mittelhirn gefunden, fehlten aber, wie jede Gefässveränderung am Hinterhirn (Fig. 1). Diesem zunächst schliessen sich die gleichmässigen spindel-, seltener kugelförmigen Erweiterungen an, deren sich gelegentlich 2, 3 und mehr im Laufe eines Gefässes perlschnurartig aneinanderreihen. Die Wandungen dieser kleinen Aneurysmen zeigten in dem Mangel der Capillarkerne, der streifigen und körnigen Beschaffenheit weitere Veränderungen. An einigen traten Fettkörnchen in Kugeln und Streifen auf. Diese Erweiterungen waren gleichfalls überall, in jedem Präparate der erkrankten Theile, stets jedoch neben völlig normalen Gefässen, verbreitet. Die sich von den kleinsten Arterien büschel- oder wirtelförmig abzweigenden Capillaren wurden fast stets unmittelbar an ihrem Ursprunge spindelförmig erweitert, was bei horizontaler Lage des Wirtels ein eigenthümliches Bild gab (Fig. 5). Einzelne Erweiterungen zeigten weiter vorgeschrittene Veränderungen, beträchtliche

Sklerose der Wandungen und fettige Degeneration. Die verdickte Wandung erschien oft wie geschichtet und diese faserigen Schichten wieder durch nester- und streifenförmige Einlagerungen von Kernen und Fettkörnchen auseinandergedrängt (Fig. 4). Neben den spindel- und kugelförmigen Ektasieen kamen auch schlauchförmige Erweiterungen, oft in Netzen zusammenhängend, vor. Diese, oft die Breite von mittelgrossen Venen und Arterien erreichenden Capillarschläuche zeichneten sich durch das eigenthümliche glasartige Ansehen der meist gefalteten und daher streifig erscheinenden Wandungen und die Veränderung ihrer Kerne aus. Denn an Stelle der letzteren waren spindelförmige mit vielen kleinen Kernen oder Fettkörnchen gefüllte Räume getreten, welche jedoch in ihrer Lage genau den früheren Kernen entsprachen.

Die grösseren Gehirngefässe ergeben dem makroskopisch völlig normalen Aussehen entsprechend, bei der mikroskopischen Untersuchung nichts Abweichendes. Die Ganglienzellen zeigten in den meisten Präparaten das gewöhnliche normale Aussehen. Nur an einigen der eingezogenen runzlichen Stellen erschienen sie reichlich mit Körnchen gefüllt, so dass der Kern nicht recht deutlich hervortrat; diese Zellen hatten rauhe Contouren, waren relativ klein und standen jenen nahe, welche man häufiger neben den völlig geschrumpften Zellen in atrophischen Gehirnen findet.

Die Epikrise hat hauptsächlich zwei wichtige pathologische Beziehungen zu berücksichtigen, welche in diesem, seiner Entstehung wie Entwickelung nach in der Litteratur vielleicht einzigen Falle besonders deutlich hervortreten. Dass der meningeale Bluterguss sowie die Capillarapoplexie der Gehirnrinde mit dem früheren Symptomencomplex Nichts zu thun hatten, dass beide vielmehr erst die Ursache des zwei Tage vor dem Tode eintretenden apoplectischen Anfalls waren, bedarf wohl keiner weiteren Auseinandersetzung. Ebensowenig werden Zweifel darüber bestehen können, ob das ergossene Blut aus den erweiterten und degenerirten Gefässen der Gehirnrinde stamme, aus deren Oberfläche es auch nach dem Tode, wie aus einem Schwamm, hervorquoll. Aber vom höchsten Interesse ist es, hier bei einem so jungen, im Uebrigen kerngesunden Manne eine Gefässdegeneration vorzufinden, welche und dann meist in weit niedrigerem Grade, dem höheren Alter, dem chronischen Alkoholismus und analogen Erkrankungsformen eigenthümlich zu sein pflegt. Schon der Grad und die Ausbreitung der Gefässerweiterungen nöthigt bei der Abwesenheit jedes andern Krankheitsmomentes wie einer Herzerkrankung, der Sklerose der grösseren Arterien u. dgl., fast zu der Annahme, dass hier ein Accidens, ein durch äussere Vorgänge veranlasster, also gewissermassen traumatischer Insult der Gehirncapillaren zu der Erweiterung wie Sklerose derselben den Anstoss gegeben. Wenn nun die bekannte Veranlassung der

Krankheit diese Voraussetzung zur Gewissheit erhebt, so hätten wir in diesem Hergange eine Art experimentellen Beweises zu erblicken, dass Sklerose wie Erweiterung der Gehirncapillaren durch den stark erhöhten Blutdruck allein bewirkt werden könne. Es läge demnach nahe, auch die Gefässdegeneration des chronischen Alcoholismus, des höheren Alters u. dgl. auf dasselbe rein mechanische Moment, Verletzung der Gefässwand durch starken seitlichen Druck, zurückzuführen.

In Bezug auf den Symptomen-Complex der letzteren Wochen der Erkrankung bestätigt ferner der Sitz und die Art der Gefässdegeneration die Resultate meiner Untersuchungen, nach denen der allgemeinen progressiven Paralyse eine bestimmte Veränderung entzündlichen Characters der Gefässe der Rindensubstanz und zwar vorzugsweise des Vorderhirns zu Grunde liege.*) Denn wenn einerseits in beiden Fällen die nächste und wesentliche Seite der pathologisch-anatomischen Veränderungen in der bedeutenden Erweiterung der Blutbahn gesucht werden muss, wenn in beiden Fällen in unmittelbarer Folge dieser Veränderung dieselben Gehirnabschnitte von bedeutenderen Hyperämieen und den weiteren durch diese gesetzten Ernährungsstörungen befallen wurden, so zeigten andererseits die Krankheitserscheinungen, besonders in der letzten Periode der Erkrankung, eine wesentliche Uebereinstimmung mit dem, in der allgemeinen progressiven Paralyse gewöhnlich beobachteten Symptom der mit Blödsinn combinirten psychischen Exaltation, und würde letztere sich aller Wahrscheinlichkeit nach nur bei längerer Dauer der Erkrankung zu der klassischen Form des Grössenwahns entwickelt haben.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1: Einseitige Ektasie eines sonst normalen Capillargefässes.

Fig. 2: Spindelförmige Aneurysmen, aneinandergereiht.

Fig. 3: Gefässbüschel in horizontaler Ausbreitung. Dicht über dem Ursprung aus dem arteriellen Gefässe zeigen die abgehenden Capillaren spindelförmige Erweiterungen.

Fig. 4: Stärkere Sclerose und Fettdegeneration eines Capillargefässes.

Eig. 5: Schlauchförmig erweitertes Gefäss mit degenerirten Kernen.

*) Centralblatt für Medicin.-Wissensch. 1867.

XVII.

Beschreibung zweier Microcephalen-Gehirne
mit einigen Bemerkungen

von

Dr. Julius Sander,
Assistenzarzt der Nervenklinik des Königlichen Charité-Krankenhauses
zu Berlin.

Hierzu Tafel V. und VI.

In die von Herrn Geheimerath Griesinger dirigirte Poliklinik wurde im Beginn der Sommerferien 1867 ein junges Kind gebracht, dessen eigenthümliche Schädelbildung Herrn Dr. Vaneschi sofort auffiel. Derselbe hatte die Freundlichkeit, mich davon zu benachrichtigen, so dass wir gemeinschaftlich die Obduction des Kindes ausführen konnten; ich bin ihm auch für die Notizen über das kurze Leben des Individuums verpflichtet.

Adolph Pfefferle wurde am 10. April 1867 geboren. Die Mutter des Kindes, Ottilie Pfefferle, ist am 23. December 1851 geboren. Mit 14 Jahren wurde sie zuerst menstruirt; im Juli 1866, also 14½ Jahre alt, hatte sie mit einem Mann von mittlerer Statur, der zwanzig und einige Jahre alt sein soll, viermal geschlechtlichen Verkehr. Im Januar 1867 fühlte sie zuerst Kindesbewegungen und am 10. April wurde sie sehr leicht (in 2 Stunden) von einem lebenden Knaben entbunden, der zwar sofort schrie, aber sehr elend aussah. Die Hebeamme äusserte, sie habe noch nie ein Kind mit einem so kleinen Kopf gesehen. Die Mutter stillte das Kind selbst bis 6 Wochen vor seinem Tode; es hatte zwar nach der Geburt geschrieen, war aber später immer sehr ruhig und nahm gierig Nahrung. Es magerte allmälig ab und starb ohne Symptome einer bestimmten Krankheit am 16. September.

Obduction etwa 30 Stunden p. m.; nur die Schädelhöhle konnte geöffnet werden. — Das Kind bot in seinem Aeussern ganz das bekannte Bild des sog. Aztekentypus; es war 62 Centim. lang; das Gewicht konnte nicht bestimmt werden. Die Muskulatur ist atrophisch, die Knochen sehr dünn, ein Panniculus so gut wie gar nicht vorhanden; die Haut dünn und welk, der Kopf mit spärlichen Haaren bedeckt. — Der Schädel ist im Verhältniss zur Länge des Kindes auffallend klein, länglich, von den Seiten her zusammengedrückt.

Seine Dimensionen sind folgende:*)

1) Vom Scheitel bis zur Kinnspitze (über das Gesicht peripherisch). . 15½ C.
2) Der grosse diagonale Durchmesser von der Kinnspitze bis zur Lambdanaht, der Stelle der kleinen Fontanelle . . . . 11½ -
3) Der gerade Durchmesser von der Glabella bis zum hervorragendsten Punkt des Occiput . . . . 9 -
4) Der biparietale . . . . 8½ -
5) Der bitemporale . . . . 6¾ -
6) Von einem Porus acust. ext. zum andern . . . . 7½ -

Die Peripherie des Schädels beträgt von der Glabella bis zum hinteren Rande des Foramen magnum 17½ C., von einem Ohr quer herüber bis zum andern 16 C., die grösste Circumferenz des Kopfes 28 C.

Der Schädel ist vollkommen verknöchert; die Nähte lassen sich deutlich durchfühlen, doch sind die Fontanellen völlig geschlossen. Die Stirn ist niedrig, tritt etwas zurück, dagegen springt die Nase hervor; die Nasenwurzel liegt sehr hoch. Die Linie der Stirn geht gerade in die der Nase über, so dass das Gesicht den bekannten Ausdruck des Vogelgesichts bekommt. Das Kinn springt wieder etwas hervor; der Mund ist gross; die Ohrmuscheln sind gross mit deutlichen Läppchen, schief inserirt, weit vom Kopfe abstehend, auf beiden Seiten ungleich und unsymmetrisch, das rechte etwas über 4, das linke 3½ C. von oben nach unten lang. — Die Genitalien sind gut entwickelt, der rechte Hode liegt im Scrotum, der linke befindet sich noch im Leistenkanal. — Die Peripherie des Stammes beträgt über den Brustwarzen 30 C.; die über dem Nabel konnte nicht bestimmt werden, da der Bauch bereits durch Fäulnissgase stark aufgetrieben war. Die Masse der Extremitäten betragen beiderseits ungefähr gleich:

Trochanter major bis Calcaneus . . . . 23 C.
Trochanter major bis Mitte der Patella . . . . . 11 C.
Mitte der Patella bis zum Sprunggelenk . . . . 10½ C.
Ober- und Unterarm nahezu gleich lang . . . . 7½ C.
Die Hand ist 5 C, der Mittelfinger 2¾ C. lang. —

Bei der Eröffnung des Schädels, die mit der Säge vorgenommen werden musste, finden sich die Schädelknochen stark mit der Dura mater verwachsen; die Pia mater zeigt viele stark gefüllte Gefässe; die Hirnsubstanz ist sehr weich. Die grösste Breite der hinteren Schädelgrube beträgt 5½ C., der mittleren 7 C., der vorderen 4½ C.; die Länge der ganzen Schädelbasis beträgt 8 C. Die Verkümmerung ist am stärksten in den vorderen Schädelgruben ausgesprochen. Die Nähte an der Basis sind gut erhalten, der Türkensattel ist gut gebildet. Die Vertiefungen zu beiden Seiten der Crista galli dringen sehr tief ein. Die Schädelknochen erscheinen mässig blutreich.

Das Gehirn, das leider nur mit schlimmen Verletzungen aus dem Schädel hatte herausgenommen werden können, wog frisch nicht ganz 170 Grm. Messungen waren an dem frischen Gehirn nicht ausführbar; jetzt, nach vorsichtiger Erhärtung, beträgt**) die Länge von der Spitze des Stirnlappens bis zur Spitze des

---

*) Die Messungen mussten in Eile ausgeführt werden und ohne dass die Weichtheile ganz entfernt werden konnten, da es nicht möglich war, den Kopf zu erwerben.

**) Die Messungen sind an der besser erhaltenen linken Hemisphäre ausgeführt, die auch allein abgebildet ist. Die rechte zeigte jedoch kaum Unterschiede.

Hinterlappens, quer über die laterale Fläche der Hemisphäre gemessen, $9^3/_4$ C. Die Distanz von der Spitze des Stirnlappens bis zur Rolando'schen Spalte (Fig. I., 1.) längs des oberen Randes $6^3/_4$ C., bis zur vorderen Centralwindung (a) 5 C. Die Höhe des Stirnlappens vor der vorderen Centralwindung beträgt $3^1/_2$ C. Eine von dem oberen Ende der Centralfurche bis zur Spitze des Klappdeckels (α) gezogene Linie misst $3^1/_4$ C. Von der Spitze des Stirnlappens bis zum Hinterhauptspalt (II.) 10 C. längs des oberen Randes an der lateralen Mantelfläche. Die Länge des Hinterlappens selbst beträgt noch nicht 1 C., seine Höhe $^3/_4$ C. Von der Spitze des Schläfenlappens bis zur Scissura pallii misst man parallel der Fissura parallela (III.) $7^1/_2$ C. Die grösste Länge der Hemisphäre beträgt an der medialen Wand 8 C., ihre grösste Höhe daselbst $3^1/_2$ C.

Die Windungen sind durchweg verhältnissmässig breit und plump; die Sulci dringen wenig in die Tiefe, Nebenwindungen sind kaum vorhanden. Die vordere Centralwindung (a) geht als grader Windungszug herunter, direct in die hintere (b) umbiegend, die ihrerseits aus 2 Theilen besteht, von denen der obere (c) in den 1., der untere (b) in den 2. Parietalwindungszug (pli courbe 7) sich fortsetzt und in die Wurzel des 1. gyrus sphenoidalis (4). Der Klappdeckel ist demgemäss klein und reicht kaum so weit herunter, wie beim normalen Menschengehirn. Vor der Spitze des Schläfenlappens geht eine Windung (3) die bei α durch eine schmale, von einer seichten Furche durchbrochene Brücke mit der vorderen Centralwindung zusammenhängt, senkrecht von oben nach unten; sie schlägt sich vor der Gegend der Substantia perforata antica um in die 3. Stirnwindung. Die vordere Begränzung der Fossa Sylvii wird demnach hier von der 3. Stirnwindung gebildet im Gegensatz zu den Angaben C. Vogt's, auf die ich später ausführlich zurückkomme. Ganz oben an der Scissura pallii schlägt sich die vordere Centralwindung herum in die 1. Stirnwindung (1.), die aus 2 parallelen Windungszügen besteht. Auch die 2. Stirnwindung (2.) wird von 2 parallelen Windungen gebildet, die nur in ihren vordersten Theilen in Verbindung treten mit der 1. und 3. Am Lobulus orbitalis erscheinen die Windungen nur wenig ausgeprägt; ein Siebbeinschnabel*) war sicher stark ausgebildet, ist aber am gehärteten Gehirn nicht mehr zu sehen. Die Gyri breves der Insel sind kaum angedeutet. Die hintere Centralwindung geht, wie erwähnt, direct über in die 2. Parietalwindung (7) und in die Wurzel des oberen Gyrus sphenoidalis, oben in den Vorzwickel (e). Ebenso gehen auch die Wurzeln des 2. und 3. Gyrus sphenoidalis (5 und 6) direct über in verhältnissmässig reich gefaltete Windungen des Scheitellappens (e und f). Die gyri sphenoidalis selbst sind sehr einfach; der ganze Schläfenlappen ist conform den Angaben Vogt's (l. c. p. 225) im Verhältniss zum Grosshirn gross. Der Vorzwickel (e, f) ist gross; der Zwickel (g) klein. An der lateralen Fläche der Hemisphäre sind andere Windungen des lobus occipitalis eigentlich gar nicht vorhanden; nur an der medialen Seite sind einige von dem gut entwickelten gyrus fornicatus (Fig. II., g forn.) in seinen hintersten Theilen nach oben ziehende Windungen (h, i) noch zum Hinterlappen zu rechnen.

Das Cerebellum ist fast bedeckt vom Grosshirn. Die linke Hemisphäre (die

*) cf. C. Vogt: Ueber die Microcephalen etc. Archiv für Anthropologie II., 2. p. 228 ff. Ich habe übrigens in letzter Zeit seitdem ich auf diese Verhältnisse achte, gar nicht selten sehr stark ausgebildete Siebbeinschnabel bei Sectionen von Europäern gesehen, deren Gehirn sonst in jeder Beziehung normal entwickelt war.

rechte war so stark beschädigt, dass sie für die Untersuchung unbrauchbar geworden) ist $3^1/_2$ C. lang in maximo $1^3/_4$ C. breit und $1^1/_4$ C. hoch. Der obere Wurm ist $2^1/_2$ C. lang. — Die Theile der Basis sind gut entwickelt, nur das Corpus candicans ist kaum angedeutet. Die Brücke hat eine Länge von $^7/_8$ C. Die Vierhügel verhalten sich normal. Der Thalamus opticus (th. o.) ist $1^1/_2$ C. hoch; die stria semicircularis und die Decke des 3. Ventrikels, die tela choreoidea superior sind gut ausgebildet, ebenso der Trichter. Der Seitenventrikel (rechts) ist durchaus nicht erweitert, seine Decke wird in normaler Weise vom Balken (c. call.) gebildet, der $3^1/_2$ C. lang ist; während das Knie (gen.) eine Höhe von $1^1/_2$ C. zeigt, ist das Splenium (spl.) auf eine dünne Lamelle reducirt, von der man als ganz dünne Platten die Balkenstrahlung (Zange und Tapete) in den Hinter- und Schläfelappen einstreichen sieht. Das Vorderhorn reicht vom vorderen Rande des Thalamus $^3/_4$ C. nach vorn; das absteigende Horn dringt fast 2 C. weit nach unten vor; das Hinterhorn ist nur angedeutet. Der Boden des Seitenventrikels wird in normaler Weise vom Corpus striatum und dem Fornix (forn.) gebildet; letzterer ist aber sehr schwach, ebenso wie das Cornu Ammonis, das sich als eine dünne Lamelle darstellt, aber deutliche Klauen zeigt. Das Septum pellucidum (s. l.) ist in gewöhnlicher Weise vorhanden. Das Quercommissurensystem des Grosshirns beginnt in normaler Weise an der lamina terminalis (l. t.) und schreitet auch bis zum Splenium vor, nur ist letzteres zu schwach ausgebildet. Die Commissura anterior (C. a.) ist vorhanden, die C. mollis fehlt. Die Fasern der Zwinge sind gut entwickelt, nur der Haken erscheint schwach. Ueber das Verhalten der einzelnen Kerne des Stammlappens lässt sich nichts Bestimmtes ermitteln; wahrscheinlich verhalten sie sich normal. —

Der Liberalität meines verehrten Lehrers, des Herrn Geheimerath Reichert, verdanke ich es, dass ich hier noch die Beschreibung und Abbildung des auf dem hiesigen anatomischen Museum unter No. 12590 autbewahrten Gehirns des bekannten Friedrich Sohn hinzufügen kann. Die Geschichte dieses Microcephalen ist hinreichend ausführlich oftmals mitgetheilt worden, zuerst von Johannes Müller selbst (Medicinische Zeitung des Vereins für Heilkunde in Preussen, 1836, No. 2 und 3); ich kann sie daher übergehen; Abbildungen des Schädelausgusses befinden sich bei C. Vogt, l. c. tab. X.

Das Gehirn wiegt 29 Loth. Die wichtigsten Masse sind folgende:

Länge der linken Hemisphäre	$14^1/_4$ C.
„ „ rechten „	$14^1/_2$ C.
Grösste Breite des linken Vorderlappens	$2^3/_4$ C.
„ „ „ rechten „	3 C.
„ „ „ linken Scheitellappens	4 C.
„ „ „ rechten „	5 C.

Die Rolando'sche Centralspalte ist rechts 9 C. von der Spitze des Stirnlappens entfernt, links 8 C.

Eine Hinterhauptsspalte ist an der lateralen Mantelfläche mit Sicherheit gar nicht zu bestimmen; man würde ganz willkürlich irgend einen der hinteren Sulci als solche bezeichnen müssen. (Auf Vogt's Tafel figurirt als Hinterlappen [D.]

ein Theil, der zum Cerebellum gehört). Die rechte Hemisphäre ist grösser; an der rechten liegt auch die Centralfurche (I.) weiter. zurück, als an der linken; die Anordnung der Windungen ist gleichwohl ziemlich symmetrisch. Die vordere Centralwindung (a) steigt ziemlich gerade und glatt herunter, hängt nach vorn mit der 3. Stirnwindung (3), nach hinten mit der hinteren Centralwindung (6) zusammen. Der Klappdeckel reicht auch hier keineswegs so weit herunter, dass er die vordere Begränzung der Fossa Sylvii ausmachte; mag man nun die Gegend bei α (Fig. IV.) oder bei β als seine Spitze annehmen, jedenfalls betheiligt sich noch die 3. Stirnwindung, die übrigens durch eine Brücke mit der vorderen Centralwindung zusammenhängt, ziemlich bedeutend. Die Stirnwindungen sind sehr einfach und plump; die 1. Stirnwindung (1.) entspringt direct aus der vorderen Centralwindung, alle drei hängen unter einander zusammen. Auch hier ist der Schläfenlappen verhältnissmässig gross. Die Fissura parallela (11) ist sehr deutlich; dagegen ist der 3. Gyrus sphenoidalis (6) nur sehr wenig vom 2. (5.) geschieden; die hintere Centralwindung (b) ist mehrfach gekerbt und geht oben direct in den Vorzwickel (e), unten in die Wurzel des 1. Gyrus sphenoidalis (4) und in die Gegend des 2. Parietalwindungszuges (pli courbe, f) über. Auch die beiden andern gyri sphenoidales entspringen vom Scheitellappen. Ein kleiner Zwickel (g) ist zwar allenfalls vorhanden, sonst vermag ich an der peripheren Mantelfläche keine gyri occipitales aufzufinden. Die Siebbeinschnäbel sind hier nur mässig ausgebildet; die gyri des lobulus orbitalis und die gyri breves sind kümmerlich entwickelt. Die mediale Mantelfläche konnte nicht untersucht werden. —

Das Cerebellum (E) ist jederseits 6½ C. lang und 3½ C. breit. Der Balken ist etwas kürzer, als er bei normalen Gehirnen zu sein pflegt, so dass die hinteren Vierhügel von ihm unbedeckt bleiben. Auch hier kann man sich überzeugen, dass das Splenium des Balkens unverhältnissmässig dünn ist. (Da kein Schnitt durch das Gehirn gelegt werden durfte, so kann von diesem Verhalten keine Abbildung gegeben werden). Die Riechkolben sind sehr schmal und lang, die übrigen Nerven der Basis sonst sämmtlich ziemlich stark. Die Hypophysis ist gross. Die Brücke ist 1½ C. lang, 2½ C. breit; die Medulla oblongata ist 2 C. breit.

Ueber Microcephalen ist schon so viel geschrieben worden und die Litteratur findet sich in der citirten Schrift von C. Vogt so vollständig zusammengestellt, dass ich mich hier darauf beschränken kann, nur einzelne Punkte, in denen meine Untersuchungen mich zu anderen Resultaten geführt haben als denen des eben genannten berühmten Forschers, näher zu betrachten. Die Affenähnlichkeit dieser Individuen ist eine so frappante, dass sie natürlich jedem, der in die Lage kam, genauere Untersuchungen über sie anzustellen, sich aufdrängen musste. Dieser Umstand wurde von den Anhängern der Descendenztheorie Darwin's mit Freuden begrüsst, während die Gegner der Theorie sich alle erdenkliche Mühe gaben, nachzuweisen, dass diese Aehnlichkeit nur eine äusserliche sei. Prüfen wir die Sachlage für das Gehirn, so stehen sich hier schroff zwei Ansichten gegenüber. Rudolph Wagner (Vorstudien etc., zweite Abhandlung, Göttingen 1862 p. 83) sagt: „Die Microcephalen-Gehirne stellen keinen Rückfall in den Affentypus, keine

Verähnlichung mit demselben dar. Während sie im vorderen Theile der Hemisphären, der grösseren Einfachheit wegen, sich den Gehirnen der höheren Affen allerdings nähern, entfernen sie sich im hinteren Theile davon um so mehr." Er stützt sich für diesen Schluss wesentlich auf die hochgradige Verkümmerung der lobi occipitales, während bei den Affen grade diese Lappen besonders gut entwickelt und durch einen tiefen Sulcus occipitalis auch an der lateralen Mantelfläche von dem Scheitellappen abgesetzt sind. Die Gründe, die C. Vogt, der übrigens nach seinen eigenen Angaben (p. 210) nur Schädelausgüsse, keine Gehirne untersuchen konnte, anführt, um die Annäherung an den Affentypus wenigstens für die eigentlichen Hemisphärentheile zu beweisen, sind wesentlich drei. Ich lasse sie der Reihe nach folgen und werde an jeden derselben sofort die Kritik anknüpfen:

1) Der Siebbeinschnabel ist viel stärker entwickelt als beim normalen Gehirn — ganz wie bei den anthropomorphen Affen. — Dies ist bedingt richtig. Ich habe jedoch schon darauf aufmerksam gemacht, dass Uebergänge dazu auch an sonst normalen Gehirnen sich leicht auffinden lassen.

2) Die Sylvische Spalte hat bei normalen Menschengehirnen die Gestalt eines Y, d. h. sie besitzt einen gemeinschaftlichen Stamm, der sich erst nach oben hin gabelförmig theilt. Die vordere Begränzung wird von dem orbitalen Theil der 3. Stirnwindung, die hintere von der Spitze des Schläfenlappens gebildet. Zwischen beide schiebt sich der Klappdeckel, die Gabelung bedingend, so ein, dass er die Basis nicht erreicht. Bei den Affen erreicht er die Basis und dadurch bekommt die Fossa Sylvii die Gestalt eines V, d. h. sie hat gar keinen gemeinschaftlichen Stamm, sondern geht sofort in zwei Schenkel auseinander. So soll es sich auch bei allen Microcephalen verhalten (p. 233). — Dies ist nicht richtig; man braucht nur meine Figuren I. und IV. zu vergleichen, um sofort zu sehen, dass die Fossa Sylvii ebenso einen gemeinsamen Stamm hat, wie beim normalen Gehirn. Andeutungen eines gemeinsamen Stammes zeigen sich auch in den beiden von Gratiolet abgebildeten Gehirnen (Anatomie comp. du syst. nerv. Atl. pl. 24 und 32); für Vogt spricht nur die Abbildung bei Wagner (l. c. Tab. III., Fig. 3, vergl. auch Theile, über Microcephalie; Archiv von Henle und Pfeuffer, XI., p. 211, Tab. X. und XI.). So viel steht also fest, dass Vogt's Angabe keineswegs für alle Fälle stichhaltig ist. Dagegen existirt auch in meinen beiden Fällen die Verbindungsbrücke zwischen vorderer Central- und 3. Stirnwindung. Natürlich muss es für die ganze Bildungsgeschichte der Hemisphären von

grosser Wichtigkeit sein, wie der Klappdeckel im gegebenen Fall beschaffen ist. Bekanntlich überwächst derselbe erst in einer späteren foetalen Periode den ursprünglich frei liegenden Stammlappen. Es ist gewiss nicht im Sinne einer Hemmungsbildung, wenn der Klappdeckel nicht nur normal weit nach unten herabreicht, sondern sogar weiter (wie in dem Theile-Wagner'schen Fall), und spricht für eine Entwickelung in einer ganz anderen Richtung, die noch der Aufklärung durch fernere Untersuchungen bedarf. Es sind bis jetzt so wenig Gehirne von Microcephalen beschrieben und brauchbar abgebildet worden, dass man vorläufig abwarten muss, in wie weit hier eine abweichende Bildung häufiger vorkommt. —

3) Ganz besonders betont Vogt, dass er im Gegensatz zu den Angaben Wagner's durch Messung der Oberflächen gefunden habe, dass die lobi occipitales keineswegs besonders und stärker als die übrigen Lappen verkümmert seien; sie seien nur conform der Verkümmerung der andern Lappen gleichfalls verkleinert, ja sie seien verhältnissmässig besser entwickelt als die Scheitellappen. — Hiermit kann ich mich in keiner Weise einverstanden erklären; Wagner hat vollkommen Recht. Die Hinterlappen sind ungemein stark verkümmert, so stark, dass sie in meinen beiden Fällen eigentlich ganz bis auf den kleinen Zwickel verschwunden sind. Ich habe von Messungen Abstand genommen, da ich nicht im Stande war, sie auch nur annähernd gegen die Scheitellappen abzugrenzen. Wie wenig Vertrauen übrigens an Schädelausgüssen vorgenommene Messungen verdienen, beweist Vogt's Tafel X., woselbst er, mit D. bezeichnet, einen Theil des Cerebellum als lobus occipitalis deutet. Ich kann nur an Gehirnen ausgeführte Untersuchungen anerkennen. Uebrigens kann ich für meine Meinung einen Umstand anführen, der bis jetzt übersehen zu sein scheint; nicht nur in meinen beiden, sondern auch in dem von Gratiolet (Tab. 32) abgebildeten Falle ist das Splenium des Balkens sehr stark verdünnt und diese Verdünnung des Splenium hängt zusammen mit mangelhafter Ausbildung der Hinterlappen, wie ich dies ausführlich in einer im 1. Heft dieses Archivs enthaltenen Arbeit „über Balkenmangel im menschlichen Gehirn“ auseinandergesetzt habe. — Es möchte ausserdem nicht ohne Bedenken sein, den lobus occipitalis ohne Weiteres als gleichwerthig mit den anderen Grosshirnlappen anzusehen, wenn man sich erinnert, dass derselbe in der ursprünglichen Anlage des Grosshirns fehlt und erst später aus derselben hervorsprosst.

Andere Punkte übergehe ich, wie z. B. die Anordnung der Windungen im Pli courbe (Gratiolet). Dieselbe ist schon bei sonst

normalen Gehirnen eine so verschiedene, dass es mir bis jetzt nicht möglich gewesen ist, ein bestimmtes Gesetz darin zu finden.

Ich glaube hinreichend gezeigt zu haben, dass die Aehnlichkeit des Microcephalen-Gehirns mit dem Affengehirn eine unbewiesene Annahme ist, nur auf den äusseren Schein begründet; ich sehe in ersterem ein fehlerhaft entwickeltes Menschengehirn, dessen Bildungsgesetz noch aufzusuchen (vergl. für den Schädel Aeby, die Schädelformen etc., Leipzig 1867, p. 88, der zu ähnlichen Schlüssen kommt). Damit hängt auch die Frage zusammen: in welcher Zeit des fötalen Lebens beginnt die Störung? Zur Beantwortung derselben fehlt es noch ganz an Material. Dass die Commissuren normal ausgebildet sind, beweist noch nicht, dass erst nach erfolgtem Commissurenschluss die fehlerhafte Bildung begann; es ist ganz gut möglich, dass in ihrem Wachsthum sonst schon tief gestörte Hemisphären doch in der Mittellinie sich normal entgegenkommen können. Es ist natürlich werthlos, Vermuthungen aufzustellen; allein die Auffindung der Störung in ihrem ersten Beginn kann die Frage lösen.

Tafel-Erklärung.

Sämmtliche Figuren verdanke ich meinem werthen Freunde, Herrn Dr. W. Dönitz, Assistenten am hiesigen anatomischen Institut. Fig. III. und IV. sind mittelst des Lucae'schen Apparates gezeichnet.

Fig. I. Linke Hemisphäre des Pfefferle von der lateralen Seite gesehen.

A. Stirnlappen.
B. Scheitellappen.
C. Schläfelappen.
D. Hintere Spitze der Hemisphäre.
d. Hirnstock.
I. Fissura Rolandi.
II. Sulcus occipitalis (?).
III. Fissura parallela.
1. 2. 3. 1., 2. und 3. Stirnwindung.
a. Vordere Centralwindung.
b. Hintere Centralwindung.
α. Spitze des Klappdeckels und Verbindungsbrücke zwischen a und 3.
c. Oberer Theil der hinteren Centralwindung, der in Veraindung steht mit e und f dem Vorzwickel.
7. pli courbe (zweite Parietalwindung).
4. Erster gyrus sphenoidalis.
5. Zweiter „ „
6. Dritter „ „
g. Zwickel.
y. Fossa Sylvii.

Fig. II. Dieselbe Hemisphäre von ihrer medialen Seite.

A, B, D, d wie in Fig. I.
th. o. thalamus opticus.
t. chor. sup. tela choreoidea superior mit dem Plexus choreoideus.
l. t. lamina terminalis.
c. a. commissura anterior.
s. l. septum pellucidum.
c. call. corpus callosum.
gen. genu.
spl. splenium.
forn. Fornix.
g. forn. gyrus fornicatus.
h. und i. Windungen des lobus occipitalis (?).

Fig. III. Hirn des Friedrich Sohn von oben gesehen.

A, B, D, wie früher.
I. Fissura Rolandi.
II. Fissura parallela.
a. Vordere Centralwindung.
1. 2. 3. Stirnwindungen.
b. Hintere Centralwindung.
e. Vorzwickel.
f. Zweite Parietalwindung (pli courbe).
g. Zwickel.

Fig. IV. Dasselbe von der linken Seite.

A, B, C, D, wie früher.
E. Cerebellum.
I. und II., wie früher.
1. 2. 3. Stirnwindungen.
a. und b. Centralwindungen.
α. Spitze des Klappdeckels.
β. Verbindungsbrücke zwischen vorderer Central- und 3. Stirnwindung.
y. Fossa Sylvii.
4. Erster gyrus sphenoidalis.
5. Zweiter „ „
6. Dritter „ „
e, f, g, wie früher.

Berlin, im December 1867.

XVIII.

Ueber hereditäre Syphilis
in ihrer
Einwirkung auf Entwickelung von Geistes-Krankheiten.

Von

Dr. E. Mendel,
Arzt in Pankow bei Berlin.

Wenn auch Astruc bereits im Jahre 1790 in seinem Buche de morbis venereis von einer syphilitischen Läsion der Functionen, „quae exercentur ope organorum in capite latentium“ und ihren anatomischen Grundlagen spricht, Lallemand im Jahre 1834 eine Zusammenstellung syphilitischer Gehirn- und Nervenaffectionen gab, später von Bell, Vidal, Simon, Todd, Knorre Beobachtungen mit Hinweisung auf die Wichtigkeit der Syphilis als ätiologischen Moments derartiger Störungen vorliegen, so muss es doch als ein Verdienst des allerletzten Decenniums betrachtet werden, die Frage über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Affectionen des Gehirns und hier wieder speciell denjenigen, die mit geistigen Störungen einhergehen, gehörig beleuchtet und gewürdigt zu haben.

Griesinger*) hob in seinen „diagnostischen Bemerkungen über Hirnkrankheiten“ die Wichtigkeit dieser Untersuchungen hervor und gab besonders durch die Beobachtung und Beschreibung einer eigentlich syphilitischen Meningitis einen Anhaltspunkt für weitere Untersuchungen. Eine Reihe von Untersuchungen, unter denen die von Esmarch und Jessen**) angeregte und dann von Ludwig Meyer***) und Westphal†) weiter bearbeitete Frage über die syphilitische Natur der Dementia paralytica besonders zu erwähnen sind, dienten dazu,

*) Archiv für Heilkunde 1860 I. p. 68.
**) Zeitschrift für Psychiatrie XIV. 1. p. 20.
***) Zeitschrift für Psychiatrie XVIII. 3. 1861 p. 1.
†) Zeitschrift für Psychiatrie XX. 1863 p. 481.

den Zusammenhang zwischen Syphilis und Geisteskrankheit klarer zu machen. Die klinischen Erfahrungen sowohl, wie die pathologisch-anatomischen Thatsachen haben sich seitdem in einem Grade gehäuft, dass für die grosse Mehrzahl der Fälle die Frage, die Flemming*) noch als eine offene bezeichnete, ob nämlich „die ätiologischen Beziehungen, in denen anscheinend die Syphilis zu den Geisteszerrüttungen steht, mehr auf Rechnung des animalischen Gifts der Syphilis zu schreiben sei, — oder auf Rechnung der Störungen, welche der Organismus bei Austreibung dieses Giftes erfährt, oder endlich auf Rechnung der psychischen geschlechtlichen Excesse, welche nur zufällig und vielleicht ohne alle Bedeutung für die spätere Geisteszerrüttung, die Einführung des syphilitischen Giftes zur Folge haben" zu Gunsten der ersten Alternative entschieden ist. Wenn nun auch die beiden andern Möglichkeiten als ätiologische Momente nicht geleugnet werden können, die zweite z. B. von Esquirol**) und Guislain***) sehr hervorgehoben wird, so müssen wir uns doch davor hüten, da eine syphilitische Affection des Gehirns von uns abzuweisen, wie Bedel will, wo während des Lebens unsere Specifica keine Wirksamkeit auf die Krankheit äusserten oder wo die Section keine specifisch-syphilitischen Producte im Gehirn nachweisen lässt. In erster Beziehung ist zu bedenken, dass es sich hier oft um so weit fortgeschrittene Processe handelt, dass überhaupt von einer Behandlung ein Erfolg nicht zu erwarten ist, in letzterer Beziehung aber, dass abgesehen davon, dass die Gummigeschwulst etwas absolut Specifisches nicht ist und dieselbe ja auch verschiedenen Metamorphosen anheimfällt, die Hirnsyphilis ebenso mannigfaltig ist, wie die Hautsyphilis,†) und dass die Untersuchungen von Ziemssen,††) Virchow,†††) Griesinger*†) u. A. uns die verschiedensten Formen bereits gezeigt haben, unter denen sie auftritt.

So sorgfältig und ausführlich diese Frage**†) nun bisher auch

---

*) Flemming, Pathologie und Therapie der Psychosen. Berlin 1859. S. 153.

**) Esquirol, die Geisteskrankheiten, deutsch von Dr. Bernhard, Berlin 1838. S. 45.

***) Guislain, klin. Vorträge, deutsch von Loehr, Berlin 1854, S. 267.

†) Virchow, die krankhaften Geschwülste, Berlin 1864 II. S. 447.

††) Virchow's Archiv Bd. XIII. p. 210.

†††) Virchow's Archiv Bd. XV. p. 289.

*†) Griesinger, l. c. p. 77.

**†) Die Litteratur findet sich ausführlich bei Virchow, die krankhaften Geschwülste p. 445 u. s. zusammengestellt. Hinzuzufügen sind von neuen Arbeiten:

behandelt ist, so hat doch dabei die Form der Syphilis, die man als hereditäre oder congenitale zu bezeichnen pflegt, in ihrer Beziehung zur Entwickelung von Gehirnkrankheiten eine sehr geringe Berücksichtigung gefunden. Die klinischen Beobachtungen, die in dieser Beziehung anzuführen wären, reduciren sich auf einige wenige Fälle, deren Zahl zu der Häufigkeit der pathologischen Befunde im Gehirn bei Kindern, die an hereditärer Syphilis zu Grunde gehen, in bedeutendem Widerspruch steht. Allerdings sterben eben die meisten hereditär-syphilitischen Kinder, ehe noch von einer geistigen Störung während des Lebens bei ihnen die Rede sein kann; wird aber die hereditäre Syphilis anscheinend geheilt oder latent, dann ist es besonders zu einer Zeit, wo die geistige Störung deutlich wird, meist unmöglich, diese auf hereditäre Syphilis zurückzuführen, da die objectiven Symptome dieser Krankheit bei dem Lebenden wie an der Leiche in diesem Zeitpunkt schwankend und undeutlich, keinen Falls specifisch sind, die Anamnese aber meist an dem mangelnden Zugeständniss oder selbst Unkenntniss der Mutter, ein syphilitisches Kind zur Welt gebracht zu haben, scheitern wird.

Die bis jetzt zur Beleuchtung der Frage über den Einfluss der hereditären Syphilis auf die Entwickelung von Gehirnkrankheiten vorliegenden Beobachtungen sind folgende.

Bereits Carl Friedrich Haase erzählt in seinen im Jahre 1828 zu Dresden erschienenen Commentaren von einer jungen Frau, die von ihrem Mann im 22. Jahr syphilitisch angesteckt wurde, in Folge dessen sie dreimal vorzeitig todte Kinder zur Welt brachte, ein viertes zwar lebend und rechtzeitig gebar, dasselbe aber nach Verlauf von 7 Monaten an einem Hydrocephalus verlor.

Wenn dieser vereinzelt dastehenden Beobachtung in den nächsten Decennien anderweitige sich nicht anschlossen, so lag die Schuld zum grossen Theil wohl daran, dass nach dem Vorgange von Hunter die alte Lehre des Paracelsus von der erblichen Uebertragbarkeit der Syphilis von den hervorragendsten Männern, wie Cooper, Dupuytren, Rust, überhaupt nicht mehr anerkannt wurde, und so die hereditäre Syphilis eigentlich als besondere Krankheitsform zu existiren aufgehört hatte. Aber auch, als man diese Anschauung wieder verliess,

---

Jaksch (Prager medic. Wochenschr. 1865 p. 44—52), Lancereaux (Bull. de l'Académ. Febr. 1864 p. 380), Bristowe (Schmidt's Jahrbücher 1866 No. 9 p. 345), Leidesdorf (Lehrb. der psych. Krankh. 1865 p. 143), Frickhöfer (Erlenmeier's Archiv für die Psychiatrie 1859 p. 33), Flemming, l. c. p. 151.

wurden die Veränderungen des Hirns und seiner Häute durch die hereditäre Syphilis noch wenig beachtet.

Diday*) erwähnt zwar in seiner ausführlichen Monographie über hereditäre Syphilis in anderer Beziehung jenen Haase'schen Fall, führt auch einige Beobachtungen von Cruveilhier, Doublet und Mahon von Affection der Schädelknochen bei hereditärer Syphilis an, schweigt aber über Gehirnaffectionen vollständig, wiewohl er die inneren Organe, wie Leber, Lungen, Thymus, Peritoneum in ihrer Beziehung zur hereditären Syphilis weitläufig behandelt. Ebensowenig findet sich etwas in den Specialwerken über Kinderkrankheiten von Rillet und Barthez, Bouchut, West. Bédnar**) aber, der die Parese der Extremitäten bei hereditärer Syphilis oft beobachtete, sagt ausdrücklich: „Hyperämie des Gehirns, der Meningen, capillare Gehirn- oder intermeningeale Apoplexie kommen als Ausnahmebefund vor und gehören der hereditären Syphilis nicht an; in vereinzelten Fällen wird das Gehirn hypertrophirt gefunden." Dagegen findet sich in der Arbeit von v. Rosen***) eine grössere Zahl hierher gehöriger Beobachtungen, besonders Hydrocephalen.

So seine 38. Beobachtung: „Eine syphilitische Frau bringt 4 lebende Kinder zur Welt, zwei von ihnen sterben im zarten Alter, das dritte stirbt 6 Jahre alt an Hydrocephalus; ähnliche Fälle bietet die 36. und 39. Beobachtung.

Engelberg erzählt von einer Familie, in der in Folge latenter Syphilis des Vaters 9 von 14 Kindern starben; das dritte dieser 9 im Alter von 1½ Jahren an Hydrocephalus. Howitz†) erwähnt zwei Fälle von Affection der Schädelknochen mit Pachymeningitis, Verwachsung der Häute und Hydrocephalus bei syphilitischen Neugebornen, und führt zugleich eine sehr ähnliche Beobachtung von Cruveilhier an. Bärensprung††) weist in seinen genauen Obductionsberichten von Kindern syphilitischer Eltern auf eine ganze Anzahl von Fällen hin, in denen sich Veränderungen im Gehirn fanden: Hydrocephalus bei einem achtmonatlichen Kinde (14. Fall), Ecchymosirungen im Gehirn, auf der Dura, eitrige Meningitis (61. Fall) bei einem Kinde von 6 Monaten, Schädelnecrosis u. s. w.

---

*) Diday, traité de la Syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, Paris 1854, p. 136.

**) Bédnar, Krankh. d. Neugeborenen u. Säugl., Wien 1853, Th. IV., p. 234.

***) v. Rosen in Behrend's Syphilidologie Bd. III., 1862, p. 37 u. f.

†) Howitz in Behrend's Syphilidologie, 1862, Bd. III., p. 604.

††) v. Bärensprung, die hereditäre Syphilis, Berlin 1864.

Ich selbst obducirte vor einigen Monaten ein ½ Jahr altes Kind, das an Hydrocephalus zu Grunde gegangen war. Es war dies das elfte Kind, das die Mutter geboren; auch nicht ein einziges blieb am Leben, trotzdem die verschiedensten Versuche mit Ammen, Päppeln u. s. w. gemacht worden waren. Eines derselben wurde über ein Jahr alt und ging an Krämpfen zu Grunde, die übrigen starben meist in der ersten Hälfte des ersten Lebensjahres, zum Theil unter Krämpfen, zum Theil unter choleraartigen Erscheinungen. Der Vater war früher secundär-syphilitisch; jetzt lässt sich weder an ihm noch an der Mutter etwas Krankhaftes nachweisen. Leider konnte eine genauere Untersuchung des Gehirns nicht vorgenommen werden.

Virchow*) erwähnt einen Fall von Hydrocephalus congenitus bei Syphilis congenita aus seiner Sammlung, wo er bei der starken Verdickung des Ependyms und dem Vorkommen kleiner Fettdegenerationsheerde in demselben keinen Zweifel behalten hat, dass es sich um eine syphilitische Affection handelte.

Von ganz besonderer Bedeutung für diese Frage erscheint aber die Untersuchung Virchow's**) über die congenitale Encephalitis und Myelitis, als deren Ursache er mit Bestimmtheit bis jetzt neben acuten Exanthemen nur Syphilis nachgewiesen hat. Sie characterisirt sich besonders durch eine Fettmetamorphose der Zellen der Neuroglia. Es lässt sich erwarten, so schliesst er, „dass diese Encephalitis und Myelitis nicht jedes Mal tödtlich ausläuft, dass es auch Fälle von Heilung gibt und dass höchst wahrscheinlich manche Fälle von idiopathischer und deuteropathischer Paralyse der Kinder, manche Fälle von Idiotie auf solche Veränderungen zurückzubeziehen sind.“ Ganz dieselbe Annahme lässt sich aber mutatis mutandis bei den übrigen pathologischen Befunden, die oben erwähnt wurden, rechtfertigen: wenn sie in jenen Fällen meist schnell zum Tode führten, so werden sie wahrscheinlich in anderen weniger intensiven nicht das Leben aufheben, wohl aber die Functionen des Hirns stören. Je später aber nun ein solcher Fall zur ärztlichen Beobachtung kommt, um so mehr haben sich dann meist alle andern Symptome der Syphilis verwischt, und daher die ungemein geringe Anzahl klinischer Beobachtungen, die uns zur Beleuchtung der Frage über den Zusammenhang der hereditären Syphilis mit Geisteskrankheiten zu Gebote stehen.

In den Arbeiten von v. Rosen sowohl wie in der von v. Bären-

*) Virchow, die krankhaften Geschwülste Bd. II. p. 452.
**) Virchow, Archiv, Bd. XXXVIII. p. 129.

sprung finden wir wiederholt zwar bei Kindern syphilitischer Eltern angeführt, dass sie in spätern Lebensjahren an Epilepsie,*) Chorea, gesteigerter Nervosität,**) Krämpfen gelitten, doch sind die Beobachtungen zu aphoristisch angeführt, als dass sie beweisend erscheinen könnten. Dasselbe gilt auch von den beiden einzigen von Psychiatrikern bisher veröffentlichten Fällen, die bereits von Griesinger citirt, der allerdings Syphilis als ätiologisches Moment der Idiotie hervorhebt.***) Der eine, von Erlenmeier beobachtet, betrifft ein idiotisches Kind, bei dem der Schädel viele Knochenauftreibungen zeigte und eine Jodkaliumkur Heilung bewirkt haben soll. Der andere findet sich bei Guislain.†) Ein Mann hat zuerst in seiner Ehe sehr gesunde Kinder; er bekommt dann eine venerische Krankheit, die sehr lange anhielt und den wiederholten Gebrauch von Mercur erforderte. In dieser Zeit hatte er zwei Kinder und nach seiner Heilung noch drei. Eins dieser Kinder, welches geboren wurde während er der antisyphilitischen Behandlung sich unterzogen hatte, war blödsinnig; die andern blieben an Geist und Körper gesund.

Es dürfte unter diesen Umständen bei der Wichtigkeit der Frage und den bisher in so geringer Zahl vorliegenden Beobachtungen nicht ganz überflüssig erscheinen, einen Fall hier zu veröffentlichen, den ich vor einiger Zeit beobachtet und der in mehrfacher Beziehung Interesse bietet.

Agnes B. stammt aus einer Familie, deren Mitglieder von psychischen oder nervösen Leiden bisher vollständig verschont geblieben sein sollen. Das Kind soll bei der Geburt gesund und kräftig gewesen sein, schon im zweiten Lebensmonat soll sich jedoch ein Ausschlag gezeigt haben, der aber nicht weiter beachtet wurde. Gleichzeitig fing es an abzumagern und als es 7 Monat alt einer Pflegemutter übergeben wurde, fand dieselbe an dem abgezehrten Kinde Ausschlag am Rücken, an Händen und Füssen und Geschwüre am After; die Haare des Kopfes und der Augenbrauen und Wimpern waren ausgefallen und der zu Rathe gezogene Arzt erklärte das Kind für syphilitisch. Derselbe Arzt untersuchte darauf auch die Mutter und fand bei ihr eine secundäre Lues, deren Beginn sich in die Schwangerschaftszeit zurückdatiren liess. Nach dem Gebrauch von weissen Pulvern wurde das Kind anscheinend ganz gesund, nahm zu und lernte mit circa 1½ Jahren laufen. Um das dritte Lebensjahr stellte sich plötzlich Schielen ein, das rechte Auge war mit stark erweiterter Pupille, wie schon damals der Pflegemutter auffiel,

*) v. Rosen, l. c. Beobachtung 42 und 43.

**) v. Bärensprung, l. c. 73. Fall.

***) Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten, 1861, p. 357.

†) Guislain, klinische Vorträge über Geisteskrankheiten, d. v. Laehr, Berlin 1854, p. 273.

nach aussen gewandt. Die bedeutendsten Augenärzte wurden consultirt, ohne dass die Behandlung einen Erfolg hatte, als ätiologisches Moment angenommene Würmer waren nicht vorhanden. Mit dem 7. Lebensjahr fing sie an die Schule zu besuchen und machte hier ziemlich gute Fortschritte, so dass sie rechnen, etwas französisch u. s. w. lernte. Bei ungestörtem Allgemeinbefinden und nur vorübergehenden leichten Augenentzündungen und Drüsenanschwellungen am Halse erreichte sie das 9. Jahr, in dem nach und nach ein Stillstand in den Fortschritten in der Schule auftrat. Bald hörte auch ihre Ordnungsliebe, ihr Reinlichkeitssinn, ihr Gehorsam, über den früher nie eine Klage war, auf; Bestrafungen verschlimmerten nur den Zustand. Im 11. Lebensjahr zeigten sich krankhafte zitternde Bewegungen in den Muskeln, die als Chorea unter anderem auch mit Heilgymnastik behandelt wurden. Nach mehren Monaten verschwanden dieselben, und während sie in ihrer intellectuellen Sphäre auf dem im 9. Lebensjahr erlangten Standpunkt stehen blieb, wurde ihr Gemüth mehr und mehr reizbar, doch war es noch möglich sie im 15. Jahr einzusegnen. Ihre Menstruation, die mit 12 Jahren eingetreten, blieb in diesem Jahre wieder fort. Es stellten sich nun neben ihrer bisherigen geistigen Schwäche Aufgeregtheit, maniacalische Anfälle mit Delirien und Hallucinationen ein. Sie glaubte, dass sie geprügelt werden sollte, hörte Stimmen, die ihr das anzeigen, zerschnitt ihre Röcke, schrie laut: ich bin verrückt, ich bin wahnsinnig! verweigerte zeitweise die Einnahme von Nahruug u. s. w. Diesen Anfällen folgte bald ein vollständiger apathischer Blödsinn, unter dessen Erscheinungen sie in die Irrenpflegeanstalt gebracht wurde, in der ich sie zuerst im Juli 1865 sah.

Sie erschien für ihr Alter, 16½ Jahr, körperlich gut entwickelt, ihre somatischen Functionen waren bis auf die mangelnde Menstruation in Ordnung. Am rechten Auge zeigte sich hochgradiger Strabismus externus mit Erweiterung der Pupille, die auch auf Lichtreiz sich nicht zusammenzog. Der Gang war schwankend, wacklig, mit nach vorn geneigter Haltung des Oberkörpers. Die vorgestreckte Zunge befindet sich in stark zitternder Bewegung, ebenso die Hände und Arme. Der Gesichtsausdruck ist vollständig stupid, auf gestellte Fragen antwortet sie entweder gar nicht oder bringt stammelnd, mit der Zunge anstossend, unzusammenhängende, unverständliche Laute hervor. Dabei sass oder stand sie den ganzen Tag in jeder Beziehung theilnahmlos da, ohne irgend etwas anzugreifen. Urin und Stuhlgang entleerte sie, wo sie gerade war.

Im October desselben Jahres bildete sich ohne nachweisbare Ursache eine Drüsenanschwellung in dem Trigonum inframaxillare dextrum, die nach Verlauf von etwa 3 Monaten die Grösse eines kleinen Apfels erreichte und dann abscedirte, ohne dass das Allgemeinbefinden wesentlich davon alterirt wurde. Nach Eröffnung des Abscesses schien sich ihr psychischer Zustand in den nächsten Monaten etwas zu bessern, indem sie anfing, Antheil an der Umgebung zu nehmen, einzelne zusammenhängende Sätze hervorbrachte, ihre Bedürfnisse mit Bewusstsein befriedigte u. s. w. Nach etwa 3 Monaten trat jedoch der alte Zustand wieder ein. Sie magerte nun mehr und mehr ab, ass wenig, Stehen und Gehen fiel ihr immer schwerer, so dass sie schliesslich das Bett hüten musste, indem sich sehr bald Decubitus am Os sacrum und an der Ulna entwickelte. Ohne dass in Brust- oder Unterleibsorganen etwas Krankhaftes nachweisbar wurde, verfiel sie mehr und mehr und unter dem Eintritt von Convulsionen, die besonders in der ganzen rechten Körperhälfte auftraten, erfolgte der Tod am 15. Januar 1867.

Die 24 Stunden nach dem Tode gemachte Obduction ergab Folgendes:

Der Schädel kurz und breit, gut gewölbt, Näthe gut erhalten; allgemeine gleichmässige Verdickung der Knochensubstanz mit stark entwickelter blutreicher Diploë. Dabei fühlt sich das Schädeldach sehr leicht an. Dasselbe adhärirt an einer Stelle an der Dura mater und zeigt sich an der entsprechenden Stelle am hintern Ende der Sagittalnath am linken Seitenwandbein ein Eindruck der Tabula interna. An der Basis cranii zeigt sich etwa einen halben Zoll nach Aussen vom linken Rande des Foramen magnum in der hinteren Schädelgrube eine 8 Linien lange, spitze Exostose, die wie eine kleine Pyramide in die Schädelhöhle hineinragt. Die Sinus enthalten nur sehr wenig flüssiges Blut, die Arterien sind leer, mit normalen Wänden. Die Dura mater blutarm, wenig verdickt, ist an der Stelle, wo sie mit dem Knochen verwachsen, auch mit der darunter liegenden Arachnoidea und diese wieder mit der Gehirnsubstanz am hinteren Ende des Längsspaltes etwa in der Ausdehnung einer Erbse verwachsen. Die Arachnoidea besonders an der Convexität beinahe in der ganzen Ausdehnung strark getrübt und verdickt, lässt sich mit Ausnahme jener Verwachsungsstelle leicht von den Gyris abziehen. Das Hirn selbst ist sehr blutarm, besonders linker Seits serös durchfeuchtet und weich mit normalen Windungen. Der linke Seitenventrikel ist stark ausgedehnt, das Hinter- und Unterhorn stellen eine etwa wallnussgrosse Höhle dar, die gegen drei Esslöffel einer gelblichen serösen klaren Flüssigkeit enthält. Die Ausdehnung ist so stark, dass das hintere stumpfe Ende der linken Grosshirnhemisphäre so verdünnt ist, dass es sich bei der Herausnahme des Gehirns schwappend anfühlt. Die Hirnganglien sind abgeflacht, das Ependym erscheint etwas körnig; der rechte Seitenventrikel ist ebenfalls etwas erweitert und enthält einen Theelöffel seröser Flüssigkeit. Pons weich anzufühlen, sonst normal. Das Kleinhirn von guter Consistenz, geringem Blutgehalt, ist in seiner linken Hemisphäre entsprechend der erwähnten Exostose etwas abgeflacht, der vierte Ventrikel ein wenig erweitert.

Die Lungen mit starkem Blutgehalt der untern Lappen, etwas ödematös, sonst gesund. Im rechten Herzen wenig geronnenes Blut, Klappen normal. Die Unterleibsorgane bieten nichts Abnormes.

Es dürfte wohl kaum zweifelhaft sein, dass wir den hier im Gehirn vorgefundenen pathologischen Process mit den in den ersten Lebensmonaten aufgetretenen Symptomen der hereditären Syphilis in Zusammenhang bringen müssen. Eine so bedeutende Exostose an der Basis cranii, wie sie überhaupt nur selten beobachtet ist (cf. die Fälle von Sandberg bei Flemming l. c. p. 152 und von Frickhöfer in Erlenmeiers's Archiv für die Psychiatrie 1859 p. 33), die ausgebreitete Meningitis, wie sie zuerst von Griesinger als syphilitische beschrieben wurde (Archiv für Heilkunde 1860 I. p. 77), die Verwachsung der Hirnhäute untereinander und mit dem Gehirn, die nach Meyer (l. c. p. 317) fast als ein Signum pathognomicum für den syphilitischen Character der Inflammation gilt, sind Befunde, die schon an und für sich den syphilitischen Ursprung in hohem Grade wahrscheinlich machen. Der ganze Verlauf der Krankheit bestätigt die Annahme. Es

handelt sich nicht hier etwa um eine Decennien lange Latenz des syphilitischen Processes, ich glaube vielmehr, dass sich kurze Zeit nach dem Verschwinden der syphilitischen Erscheinungen auf der Haut eine Periostitis der Schädelknochen entwickelte, die zuerst ihre Anwesenheit durch Hervorrufung eines Strabismus kund gab, und die bei ihrer allmäligen Ausbreitung, bei der Erkrankung der Hirnhäute und schliesslich der Ventrikel selbst nach und nach all die erwähnten Störungen der Motilität und der Psyche und endlich den Tod hervorbrachte. Auch die Abscedirung der Drüsen am Halse erscheint mir als Zeichen der bestehenden Dyscrasie nicht unwichtig.

Weitere Beobachtungen und Untersuchungen werden uns in Zukunft vielleicht die Bedeutung der hereditären Syphilis in dieser Beziehung, ganz besonders als ätiologisches Moment der Idiotie lehren.

XIX.

Ueber die
Untersuchungs-Methode des Schädel-Inhaltes.

Von

W. Griesinger.

(Hierzu Tafel VII.)

Die bei den Obductionen übliche Methode den Schädel zu eröffnen und das Hirn zu untersuchen, dürfte nicht für alle Fälle die beste sein, es wird vielmehr vieles an derselben modificirt werden müssen, wenn man über den banalen Kreis der heutigen Anschauungen über Hirnkrankheiten hinauskommen will. Ohne dieses Thema, das nur durch ein harmonisches Zusammenwirken von Anatomen und Clinikern gefördert werden kann, hier erschöpfen zu wollen, beschränke ich mich für jetzt auf wenige Bemerkungen.

Dem Cliniker, dem die Deutung der Symptome der Hirnkrankheiten obliegt, wird es oft von der äussersten Wichtigkeit sein, über die Lage der einzelnen Hirntheile, wie sich solche durch die Hirnkrankheit verändert hat, über die Verdrängung oder Compression einzelner Parthieen, über das Ober-, Unter-, Nebeneinander der betroffenen Stellen, wie sich solches wirklich in dem im Schädel eingeschlossenen lebenden Hirn gestaltet hat, Aufschluss zu bekommen. Bei der gebräuchlichen Art des Herausnehmens des Hirns kann kaum mehr die Rede von der Beurtheilung dieser Verhältnisse sein. Ich habe desshalb schon vor mehren Jahren*) auf eine Methode aufmerksam gemacht, die für gewisse Fälle allein geeignet ist, diese mechanischen Verhältnisse und eine etwaige pathologische Gestaltung und Anordnung lädirter Hirntheile zu richtiger Anschauung zu bringen; sie besteht in der Führung eines verticalen, möglichst feinen Sägeschnittes von einem Ohre zum andern durch Schädel und Hirn hindurch, auf den dann ein zweiter horizontaler Sägeschnitt durch die vordere Kopfhälfte, in der Höhe und Rich-

*) Archiv der Heilkunde III. 1862 p. 239. Siehe daselbst die schematische Figur.

tung des gegenwärtig üblichen Cirkelschnittes um den Schädel, nur gleichfalls durchschneidend durch Knochen und Hirn, gefällt wird. Man nimmt das durch diese Schnitte losgetrennte vordere Hirnsegment weg und hat nun den Anblick eines Frontalschnittes, der nur noch mit einem Wasserstrahle gereinigt zu werden braucht. Erst nachher vervollständigt man den Horizontalschnitt nach hinten, wo man dann aber in der gewöhnlichen Weise, ohne das Hirn zu durchschneiden, nur den Schädel durchsägt.

Statt aller Erörterung oder Empfehlung bitte ich den Leser nur die Figur auf Tab. VII. zu betrachten, die in dieser Weise gewonnen worden ist und die hintere, im Schädel gebliebene Fläche des Durchschnittes darstellt. Der schon in Zürich beobachtete Fall betraf einen Hirntumor, bei dem ich eben die abnorme Lagerung der Theile zu untersuchen mir vorgenommen hatte. Ausser dem Tumor fanden sich noch Venenthrombosen, capilläre und grössere apoplectische Heerde im Hirn, die uns hier nicht weiter interessiren, die aber natürlich eben so gut untersucht werden konnten, wie bei der gewöhnlichen Schädeleröffnung. — Man beachte nun, wie schön sich hier gewisse Verhältnisse darstellen, die an dem herausgenommenen Hirn nie mehr zu sehen gewesen wären. Man sehe, wie die rechte Gross-Hirn-Hemisphäre in ihrem mittleren Theile geschwollen ist, wie die grosse Hirnspalte stark schief von rechts und oben nach links und unten verläuft, wie das corpus callosum eine ganz schräge Lage bekommen und in seinem rechten obern Theile von der rechten Hemisphäre her einen Druck erlitten hat, wie der von der sehr wahrscheinlich gliomatösen Neubildung durchsetzte rechte thalamus opticus stark geschwollen nach oben und nach links hinüberdrängt und auf den thalamus der linken Seite und auf die inneren Hirntheile drückend und zerrend wirkt; der Durchschnitt zeigt ferner die verschiedene Weite und Form der beiden Seitenventrikel, die fast bis zur Obliteration gehende Enge des 3. Ventrikels, ferner die capillar-apoplectischen Heerdchen in der Neubildung, das völlige Verwischtsein der Faserung durch dieselbe etc. in sehr anschaulicher Weise; keine Beschreibung, am wenigsten eine solche nach herausgenommenem Hirn, vermöchte dieses Bild zu ersetzen.

Ich habe noch einige Abbildungen anderer Fälle von Schnittflächen des Hirns, die auf gleiche Weise erhalten worden sind, namentlich einen apoplectischen Erguss durch die linke Hemisphäre, der nach dem Ventrikel und nach Aussen durchgerissen hatte und wo auch die Lage und Form des Blutheerdes (letzterer natürlich auf einem solchen

Schnitte immer nur nach einer, der Breiten-Dimension) sich sehr schön darstellen. Ich habe letztere Abbildung in meiner Vorlesung gezeigt, ich kann es unterlassen sie hier auch zu publiciren. — Ich bin gar nicht der Meinung, dass sich sehr viele Fälle von Hirnkrankheiten zu der Anwendung dieser Methode des Segment-Schnittes eignen; aber bei einer gewissen Anzahl, vor allem bei den grösseren Tumoren der Grosshirn-Hemisphären und der Grosshirn-Ganglien wird man sich die Sache durch ihre Anwendung in der That viel instructiver machen. Man fürchte nicht, mit dem Sägeschnitt durch das Hirn die Theile zu verderben; die Hirnsubstanz wird durch ihn gar nicht zerrissen, wie man ja auf der Abbildung sieht; es könnte allerdings sein, dass ein sehr weicher Tumor durch ihn nothlitte, aber ein solcher würde ohne Zweifel auch durch das Herausnehmen in der gewöhnlichen Weise kaum mehr ganz intact erhalten werden, und seine mechanischen Wirkungen auf die Umgebung würden dabei erst gar nicht mehr zu beurtheilen sein.

Bei Tumoren und überhaupt bei Krankheiten der hinteren Schädelgrube habe ich noch keine solche Durchschnitte gemacht und zweifle, ob sie sich hier gut machen liessen. Dagegen würde ich bei den Krankheiten der hinteren Schädelgrube, sobald man eine solche nach den clinischen Symptomen zu vermuthen hat oder bei einem vorläufigen Einblicke in die Schädelhöhle die Wahrscheinlichkeit einer solchen entsteht, immer rathen, auch von der gewöhnlichen Methode der Herausnahme des Hirns zu abstrahiren. Ich würde hier immer zuerst das Grosshirn durch einen Schnitt, der oben unmittelbar vor den Vierhügeln beginnt und unten die Hirnschenkel trifft, vollkommen lostrennen und herausnehmen, um vor allem die freiliegende obere Fläche des Tentorium, welche hier (durch einen Tumor oder dergl.) ungleich heraufgedrängt und gewölbt sein kann, betrachten und auf ihre Resistenz etc. untersuchen zu können; dann erst, während alle Hirntheile der hinteren Schädelgrube noch liegen bleiben, würde das Tentorium rings herum losgetrennt, um erst den Inhalt dieser Grube in Situ genauer zu untersuchen und jede Dislocation, ungleiche Lage auf beiden Seiten etc. noch vor dem Herausnehmen zu beschreiben.

Die Lage des Kleinhirns zu den angrenzenden Parthieen wird ja bei der üblichen Art des Herausnehmens am allermeisten unrichtig, und doch dürfte hier so sehr Vieles von den Symptomen einer Compression und Dislocation der Basilartheile, der Medulla oblongata, Pons, Nervenstämme, einer Gefässzerrung etc. und nicht dem Krankheitsprocesse am Cerebellum selbst zuzuschreiben sein.

XX.

Ueber einige epileptoide Zustände.

Von

W. Griesinger.

Erster Artikel.*)

Wo es sich um eine Statistik der Epilepsie handelt, da wird man heutzutage noch wohl thun sich auf dieses Leiden in seiner bekanntesten und ausgeprägtesten Erscheinungsform — Krämpfe mit Bewusstlosigkeit — zu beschränken. Man wird sich zwar dabei sagen, dass eine solche Statistik unvollständig ist, dass sie wohl den grösseren Theil, aber nicht alle epileptischen Zustände umfasst. Denn es gibt ja Fälle, wo keine gewöhnlichen Insulte, sondern nur Schwindelzufälle, ohnmachtartige oder hallucinatorische Traum-Zustände etc., kurz Zustände mit einer andern Form des Anfalles, aber doch unzweifelhaft epileptischer Bedeutung, bestehen. Da aber diese Bedeutung nicht gerade jedes Mal gegenüber einer Anzweiflung stringent bewiesen werden kann und da Verwechselungen mit ähnlichen Krankheitsformen möglich sind, so mögen Fälle, die bloss diesen Charakter haben, vor der Hand noch ausser der statistischen Behandlung bleiben.

Um so wichtiger ist diese Art von Zuständen für die clinische Betrachtung; ja es scheint mir, dass das Gebiet dieser ganz unvollständigen und daher gar nicht selten verkannten epileptoiden Zustände noch weiter ausgedehnt werden muss, als man gegenwärtig in der ärztlichen Praxis und selbst in den meisten Specialschriften über Epilepsie annimmt, dass es gewisse, bisher zum Theil wenig gekannte Krankheitszustände in sich aufzunehmen hat, mit denen sich gerade diese Arbeit näher beschäftigen wird.

---

*) In einer Reihe von Artikeln werden die Erfahrungen des Verfassers über diesen Gegenstand mitgetheilt werden. Der zweite Artikel wird sich mit der s. g. peripheren Epilepsie, der folgende mit einigen epileptoiden Zuständen, die besonders für die gerichtliche Medicin interessant sind, beschäftigen u. s. f.

Ich weiss, dass diese ganze Betrachtungsweise von vorn herein angefochten werden kann. Man möchte versucht sein, den Fortschritt viel eher darin zu finden, dass man die unter dem Namen Epilepsie zusammen coursirenden, offenbar mannigfach innerlich verschiedenen Zustände aus dieser ihrer bisherigen Verbindung entliesse, dass man den schwer fest zu umgrenzenden Begriff der Epilepsie mehr und mehr ganz auflöste, als darin, — dass man noch weitere, neue Krankheitszustände der Epilepsie zuweist; indem man diese für epileptoid erklärt, kommt man ja vielleicht noch in Gefahr, durch eine unwesentliche Namengebung über das Wesen so dunkler und wenig gekannter Vorgänge zum Nachtheil der Sache zu präjudiciren.

Es wäre schön, wenn die Wissenschaft schon so weit wäre, wie der Standpunkt einer so gedachten Einwendung voraussetzt. Aber bis jetzt kann ich den Begriff der Epilepsie und des Epileptoiden zu einer generischen Bezeichnung noch nicht für entbehrlich halten und so lange dies noch nicht der Fall ist, ist auch die Frage, ob ein Zustand zu den epileptoiden gehöre, keine bloss nomenclatorische, sondern hat ihre bestimmte Bedeutung. Es ist gar nicht werthlos, wenn Zustände, die in der Pathologie so gut wie keine Stelle haben, die trotz der ungeheuren, Leben-zerstörenden Beschwerden die sie machen, doch pathologisch-diagnostisch bis jetzt zum Theil geradezu in der Luft stehen, an etwas Bekanntes angereiht werden können, zu dem sie unzweifelhaft gehören. Die Frage ist auch sehr practisch. Man denke an die grosse Tragweite, welche die Constatirung irgend eines epileptischen Zustandes in clinischer (prognostisch-therapeutischer), vollends in socialer (z. B. in Betreff der Ehen) und in medico-forensischer Hinsicht hat. — Es haben aber diese Zustände erfahrungsgemäss wirklich alle etwas Gemeinsames; den Practiker wird vor allem der Punkt dieser Gemeinsamkeit interessiren, dass bei allen, mögen sie sich bisher gestaltet haben wie sie wollen, in jedem Augenblicke auch ein wahrer, gewöhnlicher epileptischer Anfall ausbrechen kann.

Ich werde also hier von einigen epileptoiden Zuständen handeln, die gewöhnlich nicht als solche erkannt, sondern — gewiss nicht zum Nutzen der Kranken — ganz anders aufgefasst werden. Ich meine damit nicht solche Fälle, wo wir über epileptoide Zustände einfach nichts erfahren, weil die Kranken solche in Abrede stellen, sich ihrer nicht erinnern, oder weil gar nie Veranlassung vorlag nach solchen zu forschen. Diese Fälle sind häufig. Wenige Tage ehe ich dieses

niederschreibe, consultirte mich ein junger Mann für seine auswärtige epileptische Schwester; im Begriffe mich zu verlassen, bemerkte er, in meinem Vorzimmer habe ein Mädchen häufig kleine Krämpfe (leichte vertigo epileptica) gehabt, es sei ihm dabei eingefallen, dass er selbst zu gewissen Zeiten auch oft solche habe; er war in Berlin wegen eines nervösen Augenleidens (Flimmern mit einer Empfindung von Drehen im Auge u. dergl.) in Behandlung eines verehrten Collegen, gegen den er noch nie etwas von seinen Krämpfen erwähnt hatte! Hunderte von solchen Fällen entziehen sich jeder Statistik, ich werde mich aber jetzt nicht weiter mit ihnen beschäftigen.

Ich habe hier vielmehr solche Fälle im Auge, wo uns wohl Symptome erwähnt und geschildert werden, diese aber eine Gestaltung zeigen, die uns zunächst an ganz andere pathologische Zustände als an Epilepsie denken lässt. Bei solchen Fällen habe ich schon mehr als einmal Erstaunen auf dem Gesichte kenntnissreicher und erfahrener Collegen gelesen, wenn ich meine Ansicht aussprach, ein vorliegender Fall dürfte ein epileptoider Zustand und nicht eine Migräne, oder eine Kopfcongestion oder ein Unterleibsleiden sein; ich erinnere mich auch an solche Fälle meiner eigenen Praxis, bei denen ich damals nicht entfernt an etwas Epileptoides dachte, bei denen ich heute nach der ganzen Sachlage gewiss mit Leichtigkeit solches constatiren könnte. Ich möchte für diesmal besonders über zwei solcher öfters verkannter Zustände einige Bemerkungen mittheilen.

1. Manche Schwindelanfälle, welche man in der Praxis allgemein den verschiedensten Umständen, Digestionsstörungen, Congestionen u. dergl. zuschreibt, oder die man — oft das bei weitem Beste! — ganz unerklärt lässt, sind in der That epileptoider Schwindel. Ich habe solche Fälle bei jungen Mädchen gesehen, wo der Schwindel als Erscheinung der Chlorose aufgefasst wurde; besonders aber bei Personen über 50 Jahren werden solche Schwindelzufälle öfters verkannt, wie überhaupt die epileptischen Zustände im vorgerückten Alter — worauf Trousseau schon in Betreff der Verwechslung mit Apoplexie aufmerksam machte — nicht selten zu diagnostischen Missgriffen führen. Die Epilepsie ist freilich weit überwiegend eine Krankheit der Kindheit und der Jugend und bei manchen Individuen mit zögernder Körpervollendung, mit lebenslänglich jugendlich-unentwickeltem Habitus scheinen auch die Nervenapparate noch lange über die gewöhnliche Zeit hinaus diese kindliche, spasmodische Vulnerabilität zu bewahren. Wie man aber, wohl mit Recht und zwar für beide Geschlechter, ein „climacterisches Irresein“ aufgestellt hat (Skae), so scheint es auch epi-

leptische Erkrankungen zu geben, die bei disponirten Individuen durch die Involutionsvorgänge zum Ausbruche gebracht werden, oder wenigstens in der Involutionsperiode zur Erscheinung kommen.*) Wenn uns nun Männer um die 50er Jahre, oft mit dem Eindrucke der kräftigsten Gesundheit, über zeitweise Schwindelanfälle klagen, so ist es verzeihlich, wenn man nicht gleich an epileptoiden Schwindel denkt; es können ja gerade in dieser Lebensperiode noch andere wichtige pathologische Factoren in dieser Richtung wirksam sein. Bei wohlgenährten Individuen wird hier oft, wenn die unmittelbare Untersuchung nichts ergiebt, die beliebte Plethora abdominalis angeschuldigt, der Arzt der modernen Schule legt Werth auf eine, selbst leichte, fühlbare Arterienveränderung, bei rubicunden Kranken nimmt man Congestionen an, bei anderen wird Anämie die Hauptsache scheinen u. s. f.; es wird oft grosse Aufmerksamkeit erfordern, diejenigen Schwindelzufälle, welche epileptoider Natur sind, als solche zu erkennen.

Nach welchen Merkmalen kann dies geschehen?

Man wird diese epileptoide Natur zum mindesten vermuthen, manchmal sofort annehmen dürfen, wenn die folgenden Umstände, besonders mehre derselben zugleich, vorliegen.

Wir erfahren zuweilen bei genauer Nachfrage von dem Kranken, dass er als Kind oder junger Mensch schon Krämpfe mit Verlust des Bewusstseins oder doch unverkennbare vertiginös-epileptische Anfälle gehabt hat. Und lägen mehr als 40 Jahre dazwischen, so ist dies ein höchst beachtenswerther Punkt. Gerade das kommt vor und schliesst sich den angeführten Thatsachen über den Einfluss der Sexualperioden auf die Entwickelung gewisser Nervenkrankheiten an, dass z. B. in der Pubertätszeit Anfälle kamen, dann vielleicht 30 Jahre pausiren und nun um die Zeit der Involution auf's Neue, vielleicht in ganz incompleter Form sich einstellen. Gar nicht selten kommen mir solche Fälle vor, wo bei der ersten Erkundigung alle Anfälle in der Jugend in Abrede gestellt, bei näherem Eingehen aber sehr leicht constatirt werden; man hat sie nur oft anders genannt: Angst, Ohnmachtanfälle, Zähneknirschen im Schlaf u. dergl.

Wenn uns der Kranke bei Nachfrage den Schwindel als aufsteigend, von der Brust, vom Abdomen u. dergl. schildert, so ist dies sehr verdächtig; steigt er scheinbar aus einer Extremität auf, so ist vollends

---

*) S. meine Bemerkungen über den Einfluss der Sexualperioden auf disponirte Individuen, dieses Archiv I. p. VI.

die Aura nicht zu verkennen; man beachte dann aufmerksam alle Narben am Körper.

Das Gefühl plötzlicher Angst begleitet oder bezeichnet sehr oft den Beginn des epileptoiden Schwindels.

Das Bewusstsein wird bei ihm mehr als bei anderen Schwindelformen, wo es oft vollkommen klar erhalten bleibt, gestört, oft verliert es sich für einige Sekunden ganz; der Kranke sagt uns oft auf Befragen, er fühle sich plötzlich ganz wirr in den Gedanken, ganz zerstört im Geiste, selbst wo es noch nicht einmal zur schweren Trübung des Bewusstseins kommt.

Kommen Lippenbewegungen, kommen vollends auch nur leichte Schluckbewegungen*) während des Schwindelanfalls vor, oder murmelt der Kranke jedesmal Worte, von denen er nachher nichts weiss, so möchte ich kaum an der epileptischen Natur des Schwindels zweifeln.

Das Aussehen bei dem Schwindel kann schnell blass oder roth werden; letztere Fälle werden leicht für Congestionen, erstere für einfache Ohnmachten gehalten.

Hat der Kranke mit Eintritt des Schwindels das Gefühl des Vertaubens oder Absterbens eines Körpertheils oder eines plötzlichen Schwindens aller Körperkräfte, so ist auch dies in hohem Grade verdächtig.

Die Vermuthung der epileptoiden Natur des Schwindels wird erhöht, wenn die Anfälle sehr oft, vielleicht täglich oder täglich mehrmals mit völligem Wohlsein dazwischen kommen, wenn sie sehr kurz sind und wenn dies schon lange fortgedauert hat, ohne zu anderweitigen schlimmen Folgen zu führen.

Mit dem Schwindel eintretende Herzpalpitationen sprechen, wenn Herz und Arterien gesund sind, eher für als gegen die epileptoide Natur; denn auch im Beginn des gewöhnlichen epileptischen Anfalls sind Palpitationen sehr häufig, selbst bei Kindern kommen Fälle vor, die uns nur als „Anfälle von Herzklopfen“ vorgestellt werden, wo es aber, wenn man einen einzigen Anfall sieht, sehr leicht ist, den unvollständigen epileptischen Insult zu erkennen.

Ist unter mehreren s. g. Schwindelanfällen auch einmal ein Zustand gekommen, wo der Kranke sich zwar auf den Beinen hielt, aber wie im Traume herumging, unpassende Dinge sprach und verkehrtes Zeug machte und sich nachher der Sache nicht erinnerte, so hat man

---

*) Sehr richtig von Herpin (Des accès incomplets de l'épilépsie, Paris 1867) hervorgehoben.

einen epileptoiden Zustand vor sich und hätte sich derselbe auch erst im 60. Lebensjahre gezeigt, und jeden Augenblick kann ein gewöhnlicher vollständiger Anfall kommen.

Kommt, wie ich dies von einem männlichen und einer weiblichen Kranken selbst als auffallend bezeichnen hörte, der Schwindel häufig im Bette, so kann auch dies für die epileptoide Natur in's Gewicht fallen; anämischer Schwindel ist hier jedenfalls auszuschliessen, Schwindel aus anderen Ursachen ist in dieser Lage wenigstens relativ selten.

Man lasse die möglichen ätiologischen Momente nicht ausser Acht. Vor Allem die Heredität. Ein Schwindel bei einem Kranken, dessen Mutter geisteskrank war, dessen drei Brüder an Migräne leiden, dessen Tochter, ein junges blühendes Mädchen ohne Spur eines organischen Leidens, zuweilen „ohnmächtig" umsinkt, kommt nicht von Unterleibs-Plethora her! Man betrachte sich — worauf ich unten noch näher komme — das Individuum, man betrachte sich aber auch wohl seine Familie. — Hat der Kranke einen schweren Sturz oder Fall erlitten, sei es auch schon vor längerer Zeit, trägt es eine empfindliche oder ein schmerzhaftes Knötchen darbietende Narbe, so ist dies sehr beachtenswerth. — Man denke auch an den Missbrauch alkoholischer Getränke, wenn er auch ganz abgeläugnet, ja von der Umgebung des Kranken selbst ganz verkannt wird (z. B. wenn täglich viel Rum im Thee genommen wird); blos vertiginöse, leichte Zufälle habe ich allerdings unter diesen Umständen nicht selbst beobachtet, zweifle aber nicht an der Möglichkeit, da hier mitunter plötzlich die schwersten epileptischen Anfälle kommen. — Rigide Arterien können sehr wohl zufällig neben einer epileptischen Erkrankung bestehen; es mag selbst sein, dass die Gefässerkrankung selbst schon zu einer solchen geführt hat, was etwas wesentlich Anderes ist, als ein einfacher Schwindel aus gestörter Blutvertheilung.

Auf diese Momente vorzüglich muss in einem vorliegenden Falle die Forschung gerichtet werden, damit man nicht besonders bei erwachsenen und älteren Individuen einmal in ebenso unerwarteter als unangenehmer Weise durch einen vollständigen insultus epilepticus überrascht, damit nicht vollends dieser selbst für eine durch vorausgegangene öftere Kopfcongestionen eingeleitete Apoplexie gehalten werde.

---

2) Noch viel interessanter, aber auch dunkler und schwieriger zu erkennen sind gewisse Krankheitszustände, die ich glaube zu den epileptischen rechnen zu müssen, wiewohl diese ihre Zugehörigkeit noch viel

mehr als bei den eben betrachteten sich bei oberflächlicher Beobachtung verbirgt. Sie dürften in der Praxis kaum jemals der Epilepsie zugezählt worden sein; versucht man überhaupt ihnen Namen zu geben, so werden sie gewöhnlich Hypochondrie oder Hysterie genannt.. Zu ihrer Erläuterung wolle man zunächst Folgendes beachten.

Eine Menge gewöhnlicher Epileptiker leidet auch in den Intervallen zwischen den Anfällen an einer mehr oder weniger ausgesprochenen Reihe von Nervensymptomen. Diese intervallären Symptome kennt Niemand besser als der Irrenarzt, er hat es ja mit lauter Epileptikern zu thun, deren intervalläre Symptomengruppe eben eine psychische Störung ist. Von den sonstigen, nicht in psychischen Störungen bestehenden intervallären Symptomengruppen ist wohl in einzelnen Specialschriften guter Beobachter (namentlich Russel-Reynolds), in der Praxis dagegen nicht eben viel die Rede. Nun — nach meiner Beobachtung gibt es Fälle, wo eine sehr stark entwickelte Reihe intervallärer, sensitiver und psycho-sensitiver Symptome neben sehr leichten und kurzen, also ganz incompleten und zuweilen selbst noch seltenen Anfällen besteht. Hierdurch entsteht ein Symptomenbild, das sich von der gewöhnlichen Epilepsie gänzlich entfernt. Bei dieser erscheinen die Anfälle ganz als die Hauptsache, die intervallären Symptome treten zurück oder fehlen in vielen Fällen ganz. Hier stellen sich die letzteren vielmehr ganz als das Hauptleiden dar, die Erscheinungen der sehr gelinden Anfälle werden in dem Heer von Klagen des Kranken leicht ganz übersehen oder höchstens als momentane, nichts Neues bietende Steigerungen der anhaltenden Nervensymptome betrachtet. Und diese intervallären Symptome selbst, die Hauptsache für die Beobachtung, setzen durch ihre sonderbare Beschaffenheit den Arzt oft in nicht geringe diagnostische Verlegenheit, er nennt sie dann oft eben Hysterie oder Hypochondrie und letzteres mag durch die tausendfachen unbestimmten krankhaften Empfindungen, durch die wortreiche Schilderung der Leiden und Klagen, durch die drastischen Ausdrücke, deren sich die Kranken hierbei bedienen, durch die unermüdete Consequenz, mit der sie ärztliche Hülfe suchen, gerechtfertigt sein; nur ist es hier gerade nicht das Wichtigste, neben dieser hypochondrischen Beschaffenheit ist noch ein anderes, weit wichtigeres Leiden vorhanden und wohl dem Arzte, wenn er sich wenigstens nicht durch jene Namen einen Riegel vor jede weitere Erkenntniss des Leidens geschoben hat.

Ich bin also der Meinung, dass manche vermeintliche Hypochondristen und Hysterische in der That und Wahrheit

Epileptiker, solche Epileptiker mit sehr starken intervallären Symptomen und sehr leichten und unvollständigen Anfällen sind und ich habe nun Näheres über die Erscheinungen dieser eigenthümlichen Fälle und ihre Diagnose anzugeben.

Die grosse Mehrzahl dieser Kranken sind junge Leute in den Zwanzigen, oder sie sind wenigstens in dieser Lebensperiode erkrankt. Bei Manchen lässt sich der erste Beginn der Erkrankung auf die Pubertätszeit, selbst auf noch frühere Zeiten zurückführen. Fast ohne Ausnahme lässt sich nachweisen, dass in der Familie der Kranken Nervenkrankheiten vorgekommen sind; bei einem Kranken war ausserdem eine bedeutende Kopfverletzung in seiner Knabenzeit nachzuweisen, ein anderer hatte einige Jahre vor Entstehung dieses Leidens einen kurzen Anfall von Aufregung gehabt, in dem er Scheiben und Spiegel zerschlug.

Die intervallären Symptome constituiren immer einen sehr peinlichen, oft einen im höchsten Grade qualvollen Zustand. Sie bestehen sehr wenig in motorischen, fast ganz in sensitiven und namentlich psycho-sensitiven Störungen; aber keinen dieser Kranken habe ich im Irrenhause beobachtet und keiner dürfte bei seiner Umgebung als geisteskrank gegolten haben; manche stehen schon stark auf der Grenze und fühlen dies selbst, wissen sich aber oft sehr gut äusserlich zusammenzunehmen.

Manche dieser Kranken sind schwer zu einer Einzelschilderung ihrer Sensationen zu bewegen, sie halten sich gerne in allgemeinen Bezeichnungen, wie Aufregung, Erschlaffung, unerträglicher, aber nicht näher zu beschreibender Zustand u. dergl., manche bedienen sich dabei allerlei seltsamer Ausdrücke. — Eine allgemeine Abspannung und Verstimmung, Aengstlichkeit und Befangenheit wird fast ohne Ausnahme geklagt; sie breitet sich über den ganzen Empfindungs- und Vorstellungskreis aus. Die Aengstlichkeit kann sich bei einzelnen Kranken regelmässig bei gewissen, an sich gleichgültigen Handlungen steigern, bei einem Kranken z. B. jedesmal, wenn er schreiben, bei einem andern jedesmal, wenn er zum Mittagessen gehen soll, ein anderer bleibt zuweilen mitten im Wege stehen, weil ihm der Zweifel kommt oder weil er sich besinnen muss, ob er auch weiter gehen könne.

Hier und da werden uns schon auffallendere Grade von Gemüthsveränderung angegeben, unbezwingliches Auftreten gehässiger Stimmungen gegen die Angehörigen, tiefster Aerger über Kleinigkeiten, überströmende Wehmuth ohne Grund, Gefühl, als ob „alle Leute etwas gegen den Kranken haben", als ob eine eigene Verschuldung Ursache des Leidens sei u. dergl. Die Berufsgeschäfte werden nur noch mit innerem Zwange ausgeführt, nach einiger Zeit ganz verlassen, weil bei

jedem Versuche dazu grosse Unruhe, und wenn der Kranke sich bezwingen will, eine an Verwirrung grenzende Unsicherheit des Denkens eintritt; Einzelne haben ihre Geschäfte verlassen müssen, weil es ihnen unmöglich geworden ist, auch nur eine Viertelstunde stille zu sitzen (die Frage: Warum? können sie nicht beantworten), Andere, weil bei jedem Versuche zu lesen, unerträgliche Sensationen im Kopfe eintreten. So haben manche dieser Kranken, die frisch und blühend aussehen, schon Jahre lang fast jeder Beschäftigung entsagt, wenn sie zu uns kommen, und haben sich allmählig, der Nothwendigkeit weichend, darein ergeben.

Von einzelnen abnormen Sensationen kommt alles Denkbare vor und Vieles, was keine ärztliche Phantasie zu erfinden vermöchte. Am häufigsten werden geklagt: habituelle leichte Schwindelempfindungen, die bei guter Aufmerksamkeit sofort von den Schwindel-Paroxismen zu unterscheiden sind, öfters von den Kranken selbst mit ganz verschiedenen Bezeichnungen belegt werden; permanente Benommenheit oder dumpfer Druck im Kopfe; Schmerzen da und dort vom Scheitel bis zur Zehe, von den Kranken selbst oft „Nervenschmerzen" genannt und in den verschiedensten Weisen beschrieben, z. B. als „Druck und Ziehen im ganzen Körper, als ob er zersprengt werden sollte"; oder als ganz ungewöhnliche Localsensationen, so bei einem Kranken die Sensation eines in das Rectum eingetriebenen und dasselbe auseinanderspannenden fremden Körpers; bei einem anderen die Empfindung „als ob in der ganzen Haut des Körpers immer etwas zusammginge und wieder auseinanderginge" etc. Sehr häufig sind Taubheit und kriebelnde Empfindungen einzelner Körperstellen, am Hinterkopf, an der Bauchhaut, im Schlund, in der Harnröhre, an den Beinen; schnell vorübergehend oder länger dauernd können sich ihnen die sonderbarsten Empfindungen anschliessen: als ob die Beine fehlten, als ob Unterleib und Hals gar nicht vorhanden, als ob sie mit schweren Gewichten belastet wären, als ob der Kranke plötzlich keinen Arm mehr habe, als ob der Kopf schräge auf dem Halse sässe u. dergl. Manche Kranke erklären sich für ganz unfähig, die Art ihrer abnormen Sensationen zu beschreiben; einer äusserte sich: „Die Sinneswahrnehmungen kommen in einer Weise zum Bewusstsein, die nicht zu definiren ist, sondern nur dadurch bezeichnet werden kann, dass sie anders als sonst sind; ich höre die Vögel anders singen, meine Verwandte sprechen anders zu mir, die Luft weht mich anders an, der Körper scheint aus einem andern Material als in gesunden Tagen zu bestehen"; ein Anderer sagt: Tagelang erscheine ihm Alles traumhaft und die Menschen „als Figuren"; noch einem Anderen

ist es, wenn ihn der Arzt verlassen hat, als ob er sich Stunden lang weiter mit ihm unterhalte. — Distincte Gesichts-, Gehörs- oder Geruchshallucinationen kommen schon bei einzelnen Kranken vor; einer hört sogar schon „eine Stimme aus dem Unterleib" (worauf ich ein anderes Mal zurückkommen werde). — Bei der sehr grossen Mehrzahl der männlichen Kranken besteht sexuelle Schwäche, in seltenen Fällen eine lange dauernde, ganz krankhafte sexuelle Aufregung.

Bei einer Minderzahl von Kranken kommen eigentlich motorische, bei mehren aber psycho-motorische Symptome hinzu; leichte Zuckungen in den Händen, den Bulbis, um den Mund, Starrheit im Nacken, Spannung in den Bauchmuskeln; ein Kranker drückt sich aus: sein „Körper" sei selbständig thätig, er könne nur noch schwierig durch den Willen bewegt werden u. dergl.

Allerlei wahrscheinlich, doch nicht bestimmt als nervös zu deutende Symptome kommen in verschiedenen Fällen dazu: anhaltende Kälte der Füsse, eine plötzliche brennende Röthe des Gesichtes, schnell ausbrechende starke Schweisse, mitunter ganz local, z. B. an der Bauchhaut, Gastralgie, Heisshunger, Verstopfung.

Dieses Heer von Nervensymptomen gibt keine Diagnose, sondern weist nur in seiner, bei allem Wechsel im Einzelnen doch zur Verzweiflung bringenden Permanenz im Allgemeinen, auf ein schweres, verbreitetes functionelles Nervenleiden hin. Diese Symptome müssen aber sehr die Aufmerksamkeit wecken, ob nicht neben ihnen eigentliche, als epileptoid zu betrachtende Anfälle bestehen, durch die jene erst ihre wahre Bedeutung bekommen.

Diese Anfälle, die doch der Arzt nur äusserst selten selbst zu sehen bekommt, hat man auch wieder aus der Schilderung der Kranken, zum Theil auch ihrer Umgebung zu erkennen. Im Allgemeinen bestehen sie in vorübergehenden, kurzen oder etwas längeren Schwindelzuständen, auf die sich die oben gegebenen Charactere (p. 323) anwenden lassen, zuweilen auch in Traumzuständen, Absencen, plötzlichen Angstanfällen u. dergl. Hören wir einige Aeusserungen der Kranken in dieser Beziehung.

Einer sagt: Das öfter kommende Ohnmachtgefühl steigert sich zuweilen bis zur momentanen Besinnungslosigkeit, unmittelbar darauf bricht copioser Schweiss aus und damit sind die bisher elenden Kräfte für diesen Tag zurückgekehrt.

Ein anderer: Es tritt plötzlicher Schwindel ein, der Kopf wird ganz benommen, der Körper schwankt (in der Jugend hat dieser Kranke eine Zeit lang „Ohnmachten mit Convulsionen" gehabt).

Ein Dritter, der fast anhaltend an den sonderbarsten Nerven-Symptomen leidet, bekommt zu Zeiten das Gefühl den Körper recken zu müssen; reckt er sich dann, so tritt ein Schütteln des ganzen Körpers ein und er wird „besinnungslos“; aus diesem Zustande hat er alsdann höchst unklare Erinnerungen, meist bleibt er ruhig liegen, es ist aber auch schon vorgekommen, dass er in der Stube herumlief, schrie, mit dem Kopfe gegen den Spiegel rannte, alle Sachen von der Commode herabwarf etc.; an manchen Tagen ist er nach einem solchen Schwindelanfalle den heftigsten Hallucinationen ausgesetzt (s. unten).

Ein Jüngling von 18 Jahren, seit ¾ Jahren völlig arbeitsunfähig, litt an einem Heere der sonderbarsten Sensationen, bekam eine Zeit lang jedes Mal, wenn er sich zum Arbeiten zwingen wollte, eine Pollution und es war ihm oft „als ob eine Flasche mit Gift in der Stube stehe, von der er trinken müsse“; er hat nie Krämpfe gehabt, aber er war mehrmals auf dem Punkte, vor plötzlichem Schwindel und Nachlass aller Kräfte umzustürzen und ist oft „ganz bewusstlos und ohne Erinnerung für eine gewisse Zeit“ gewesen.*)

Ein Kranker sagt: Hier und da sei es ihm als ob plötzlich sein „Kopfleben“ aufhöre, womit zugleich eine vollständige Kälte und Taubheit im ganzen Körper eintrete mit vollkommener Unfähigkeit etwas zu denken; dies dauert jedes Mal nur etwa eine Minute, kommt aber fast alle Tage. Drei Jahre zuvor hat der Kranke zwei Mal einen vollständigen epileptischen Anfall gehabt.

Diese wenigen Beispiele mögen einen hinlänglichen Begriff von der Art geben, wie sich diese Kranken über ihre Anfälle ausdrücken. Fälle mit Attaquen der allerleichtesten Art, wie der ersterwähnte, würden für sich allein gar nichts beweisen; in der Reihe der übrigen aber und wenn man die leichten Anfälle mit den intervallären Symptomen und mit früheren vollständigen Insulten zusammen auffasst, tritt ihre Zusammengehörigkeit mit den anderen und damit ihre epileptoide Natur unverkennbar hervor.

Bei zweien unter den vorhin erwähnten jugendlichen Patienten, die sich nach Vaterland und Lebensstellung fern standen, kamen höchst eigenthümliche und merkwürdig übereinstimmende Hallucinationen vor. Beide hatten oft die Erscheinung der eigenen Person (Second Sight!*) und zwar beide in analogen Situationen.

---

*) Dieser Kranke ist durch eine kräftige Kaltwasserkur von allen Symptomen seines Leidens befreit worden, worauf ich ihn aus dem Gesichte verloren habe.

**) In Schottland, woher ja die wunderlichen Geschichten von dem Second Sight stammen, soll nach der Mittheilung eines mir befreundeten dortigen

Der eine (Vater und Bruder in der Irrenanstalt gestorben) hat diese Hallucinationen mehr im halbwachen Zustande und bei geschlossenen Augen, er sieht sich dann z. B. in der Stube herumfliegen mit anderen erschreckenden Gestalten, er möchte dann vor Angst laut schreien, „findet sich aber wie gelähmt". Zu anderen Zeiten sieht er sich auch ganz wach und mit offenen Augen „in der Stube herumlaufen und Sachen zerschlagen".

Der andere (Vater in der Jugend epileptisch, Onkel mütterlicherseits geisteskrank) sieht sich sehr oft, bald im Zimmer herumspringen, bald an der Wand hinauf klettern, sich am Boden wälzen, den Spiegel zerschlagen (eigene krankhafte Impulse!); diesen Visionen soll gewöhnlich ein Gefühl von Einschrumpfen der Genitalien vorausgehen.

Diese beiden Kranken haben auch Thier-Hallucinationen, wiewohl sie selten und sehr wenig geistige Getränke geniessen; die Form derselben weicht auch von der gewöhnlichen beim Delirium tremens ab. Bei dem zweiten der genannten Kranken, wo sie stets im vollkommen wachen Zustande erschienen, waren es fast durchaus wilde Thiere, Tiger u. dgl. oder unbestimmte grässliche Thierformen, die von allen Seiten auf ihn eindringen, so farbig und reell, wie wirklich Gesehenes. Der Eindruck ist sehr stark; „das Blut erstarrte mir in den Adern", sagte mir der Kranke eines Tages, wo er sich kaum mehr getraute sein Zimmer zu betreten, in dem er die Visionen gehabt.

Mehre Fälle sind mir vorgekommen, wo ich nach den Angaben des Kranken glauben muss, dass das ganze Leiden plötzlich begann, wahrscheinlich mit dem ersten, vielleicht noch leichtesten epileptoiden Anfall. Solche Kranke versichern uns auf das Bestimmteste, dass mitten in guter Gesundheit sie plötzlich einen Ruck im Kopfe, oder ein heftiges Schwindelgefühl oder irgend eine andere derartige Sensation verspürten, dass von dieser Minute an ihr Fühlen und Empfinden umgewandelt gewesen und nun eine Gruppe von Nerven-Erscheinungen nach der anderen gekommen sei. Doch in der grossen Mehrzahl der Fälle ist der Beginn langsam, oft wie bemerkt, reicht er in die Pubertätszeit zurück.

Bei allen Fällen, die ich hier anführte und die ich bei dieser Arbeit im Auge hatte, ist der epileptoide Zustand verkannt worden, bei mehren früher von mir selbst, ehe ich diese Formen besser verstehen gelernt hatte. Die Kranken gehen oft so kurz über die

Irrenarztes die Epilepsie selten sein. Vielleicht wäre es der Erforschung werth, ob die hier beschriebenen unvollständigen Formen nicht relativ häufig sind.

Anfallsymptome weg, die ihnen bei der kurzen Dauer gegenüber der fast permanenten Qual der intervallären Symptome wenig wichtig scheinen; manchmal stellen sie sie bei wiederholten Besprechungen ganz in Abrede, bis sie uns einmal — vielleicht an einem Tage, wo sie wiederholt Anfälle hatten — Alles ungefragt in der frappantesten Weise schildern. Man beurtheile die Schwindelanfälle nach den oben (p. 323) gegebenen Merkmalen und wenn man noch so erfahren ist, halte man es nicht von vornherein für unmöglich, dass man bisher selbst tägliche epileptoide Anfälle wegen ihrer besonderen unvollständigen Form ganz übersehen habe.

Die intervallären Symptome, welche die Kranken dem Arzte gegenüber immer ganz in den Vordergrund stellen und mit Weitschweifigkeit behandeln, passen, wie bereits bemerkt, auf keines der Krankheitsbilder, welche die heutige Pathologie zeichnet, gestatten kaum eine sehr hypothetische, physiologisch-functionelle Analyse, von einer Zurückführung auf bestimmte pathologisch-anatomische Zustände ist vollends keine Rede.

Aber wenn aus diesen Symptomengruppen, die ihre wahre Bedeutung erst durch die begleitenden Anfälle bekommen, eine bestimmte Krankheitsform nicht zu diagnosticiren ist, so sind um so häufiger in diesen Fällen bestimmte pathologische Individualitäten zu erkennen.

Und sollte dies nicht auch von Werth sein? Behandeln wir ja doch nicht Krankheitsformen, sondern kranke Individuen und werden doch die prägnantesten Erscheinungen einer pathologischen Individualität, in denen sich so oft der tief constitutionelle Character*) eines Nervenleidens prima vista zeigt, so oft übersehen, oder doch zu wenig gewürdigt. Nur andeutungsweise erinnere ich wieder an einige dieser Körperqualitäten, an die leicht hydrocephalen Schädel, die besonders in ihrem obersten Theil auffallend gewölbten Stirnen, die durch Schmalheit und hochliegende Nasenwurzel an die Microcephalen erinnernden Köpfe, an die ungleiche Grösse beider Gesichtshälften, etwa noch mit Contractur um einen Mundwinkel, an die besonders disharmonischen Physionomieen, an die kindlichen, für das Lebensalter viel zu jugendlichen Gesichtchen, oft noch mit kleinem Körper und grossem Hirnschädel, an die verbildeten Ohren etc., die wir bei so vielen neuropathisch angelegten Individuen finden.

Diese sind auch in so auffallender Weise zu Störungen in den

*) Siehe dieses Archiv p. V.

Sexualfunctionen disponirt, die bei Männern viel deutlicher hervortreten; nicht allzu selten finden sich schon Bildungsfehler der Sexualorgane, wie mangelhafter descensus testiculorum oder Hypospadie. Längst ist es nun meine Meinung, dass diese Thatsachen beim männlichen Geschlechte uns auch Licht geben können über das Verhältniss gewisser Sexual-Anomalieen zu den Nervenkrankheiten des weiblichen Geschlechtes. So gut wie für die Hypospadie oder die fehlerhafte Lage der Testikel, sind wir auch für manche Fälle von abnormer Lage und Stellung des Uterus, von Enge des Cervicalkanals, von schweren Menstrual-Anomalieen u. dergl. berechtigt, sie als angeboren und in abnormen Entwickelungs-Vorgängen begründet zu halten, sie als Abnormitäten pathologischer Individuen, demnach als Begleiter und Zeichen mehr, denn als Ursachen gewisser neuropathischer Symptomengruppen zu betrachten. Wundern wir uns alsdann in so manchen Fällen dieser Art nicht allzusehr über die Vergeblichkeit einer Localbehandlung der Sexualorgane, wie sie die heutige Gynäcologie bei nervenkranken Frauen so eifrig übt und wie sie unzweifelhaft so höchst wirksam ist in den Fällen, wo das Sexualleiden in einem wirklich causalen Verhältnisse zu der Nervenkrankheit steht. Die Beachtung der oben angedeuteten, auf den Körperhabitus bezüglichen Merkmale, mitunter das auffallende Vorkommen der Sexualanomalie bei mehren Mitgliedern einer Familie dürfte nicht werthlos sein, um im einzelnen Falle wenigstens auf diese Frage sehr aufmerksam zu machen.

Auf die Therapie der hier geschilderten Zustände will ich hier nicht näher eingehen; sie muss vor Allem eine constitutionelle im oben besprochenen Sinne sein. Einzelne empirische Mittel sind dabei nicht zu vernachlässigen; das Bromkalium in grosser Gabe habe ich gerade speciell bei diesen letztbeschriebenen Zuständen mitunter von überraschend günstiger Wirkung gefunden.

[Fortsetzung folgt.]

XXI.

Ueber Schädel-Verbiegungen.

Vorläufige Mittheilung.

Von

Dr. Ludwig Meyer.

Eine zahlreiche Reihe von Beobachtungen hat mich überzeugt, dass rein mechanische Einflüsse in weit ausgedehnterer und intensiverer Weise die Form des Schädels verändern, als andere bisher vorzugsweise in der Aetiologie der Schädeldifformitäten hervorgehobene Momente, z. B. die zu frühen Nathverwachsungen. Diese verbiegenden Momente können auf die Aussen- nnd Innenfläche des Schädels wirken, an und für sich die Difformität bedingen oder durch die Beschaffenheit der Knochen (Rachitis u. dgl.) modificirt werden. Nach diesen Gesichtspunkten liessen sich die sehr mannigfaltigen Schädel-Difformitäten vielleicht passend folgenden Hauptformen oder Typen unterordnen.

I. Die Verbiegung von Aussen.

1. Der skoliotische Schädel, Verbiegung in seitlicher oder vielmehr diagonaler Richtung, ganz im Sinne der Wirbelskoliose. Die der höheren Schulter, also tiefer stehende Hinterhauptshälfte ist hervorgetreten und steht weiter zurück; in entsprechender Weise ist die Stellung des Parietalhöckers derselben Seite verändert und in ausgezeichneten Fällen ist die Verbiegung noch an dem seitlich zurückweichenden Stirnhöcker nachzuweisen, während Stirn-Scheitelhöcker, sowie die Hinterhauptshälfte der anderen Seite entsprechend nach einund vorwärts gedrängt erscheint. Horizontal-Durchschnitte dieser Schädel machen in der That den Eindruck, als sei ihre Difformität durch Ziehen an den Hinterhaupts- und Stirnbeinhälften der entgegengesetzten Seiten bewirkt worden.

Diese Schädelform fehlt nie bei Skoliose der Wirbelsäule und ist in dieser Verbindung noch durch andere, bereits von Stern (Müller's Archiv 1834) beschriebene Eigenthümlichkeiten ausgezeichnet. Aber die skoliotische Verbiegung des Schädels ist ausserdem häufig in den verschiedensten Graden unter Bevölkerungsklassen verbreitet, welche, wie Schmiede, Tischler, Packträger, durch Angewöhnung eine emporstehende Schulter besitzen.

2. Der comprimirte Schädel, in verschiedenen Axen-Richtungen. Als ein typisches Beispiel dieser Verbiegung (in der Längs- und Höhenaxe) kann die im ersten Hefte dieser Zeitschrift beschriebene progenee Schädelform angeführt werden.

II. Verbiegungen von Innen.

Hydrocephalische Schädelformen.

1. Allgemeine hydrocephalische Schädelform, veranlasst durch Hydrocephalus oder Gehirnhypertrophie, ausgezeichnet durch allseitig die Basis überragendes Schädelgewölbe, relativ grosse Höhe und Breite des letzteren, flache oder in extremen Fällen selbst leicht concave Basis (völlig fehlender oder selbst negativer Sattelwinkel).

2) Partiell hydrocephalische Schädelform. Bedeutendes Ueberragen der Basis durch irgend einen Abschnitt der Wölbung. Zu dieser Form gehört ein in der Sammlung der psychiatrischen Klinik zu Göttingen befindlicher Fall von Hydrocephalie der Hinterhörner mit stark ausgedehntem Hinterkopfe, mehrere Fälle von exquisit rachitischen Schädeln mit beutelförmig herabgedrückten, sehr weiten hinteren Schädelabschnitten. Das überwiegend nach unten entwickelte Hinterhaupt zieht den Basilarfortsatz nach unten und etwas nach vorwärts, bedingt also stets einen steilen Sattelwinkel (Virchow's Schädelkyphose). Andere Formen partieller hydrocephalischer Entwickelung sind bisher nicht von mir beobachtet. Wäre der progenee Schädel nicht eine typische Compressionsform, so könnte er als Hydrocephalus frontalis und temporalis einem Hydrocephalus occipitalis an die Seite gestellt werden.

Einen Gegensatz zu dem hydrocephalischen Typus bilden die Schädel mit allgemein oder partiell zurückgebliebener Convexität und daher relativ überwiegender Basis. Dahin gehören fast alle Microcephali, die Köpfe mit zurückweichender Stirn- oder Temporalgegend.

Es erschien mir für die klinische Demonstration von grossem Nutzen, auch diese Formen als basale Schädeltypen zusammenzufassen.

In einem der nächsten Hefte dieses Archivs werde ich eine eingehende Darstellung, begleitet von hinreichenden, durch den bewährten Zeichner anatomischer Gegenstände, Herrn O. Peters, nach den Originalen angefertigten Abbildungen, diesen kurzen Bemerkungen folgen lassen.

Göttingen, am 1. Februar 1867.



Grammaticalische Berichtigung zu den Crania progenaea
im ersten Hefte dieses Archivs p. 96.

Das Kinn heisst im Griechischen *τὸ γένειον* und nicht *γεναιον*, wie durch einen lapsus calami in das Manuscript gelangt ist. Man verbessere demnach *προγένειος*, crania progenea, progenee Schädel. L. M.



XXII.

Einige Beobachtungen über die epileptiformen und apoplectiformen Anfälle der paralytischen Geisteskranken mit Rücksicht auf die Körperwärme.

Von

Dr. C. Westphal.

Das Vorkommen eigenthümlicher fallsucht- oder schlagflussartiger (auch kurzweg „paralytisch" genannter) Anfälle bei paralytischen Geisteskranken ist allgemein bekannt. Diese Anfälle sind so dunkel in Betreff ihrer nächsten Ursachen, so merkwürdig in ihren die mannigfachsten Abstufungen darbietenden Erscheinungen, dass der Mangel einer genaueren zusammenfassenden und von gewissen Gesichtspunkten ausgehenden Untersuchung auffallen müsste, wäre nicht eben die Beobachtung durch die Plötzlichkeit und Flüchtigkeit der Erscheinungen häufig genug erschwert. Ich habe mich längere Zeit hindurch bemüht, möglichst oft Zeuge solcher Anfälle zu sein und gebe in Folgendem einige Resultate dieser Beobachtungen, welche sich wesentlich auf die dabei in Betracht kommenden Temperaturverhältnisse und ihre Begründung beziehen;*) nur einige wenige Bemerkungen über gewisse Krampferscheinungen und die zuweilen darauf folgenden Lähmungen will ich daran anschliessen.

Mit Bezug auf die Temperaturverhältnisse bedarf es einiger Vorbemerkungen. Um einen Anhaltspunkt für die normale Temperatur im Rectum, welches fast ausschliesslich für die Messungen benutzt wurde, zu haben, untersuchte ich längere Zeit hindurch theils ein und dasselbe gesunde Individuum, theils verschiedene andere gesunde Personen und

*) Aehnliche Beobachtungen finden sich u. A. in den Krankengeschichten meiner Arbeit in Virchow's Archiv Bd. 39 (Beob. C., E.).

zwar zu den verschiedenen Tageszeiten mit Rücksicht auf die dabei in Betracht kommenden Umstände (Mahlzeiten, Bewegung u. s. w). Ich will von den hierbei gewonnenen Resultaten nur einige Punkte hervorheben, welche für den vorliegenden Zweck erforderlich erscheinen. Zunächst ergiebt sich ein verschiedener Stand des Quecksilbers an verschiedenen Stellen des Rectum und zwar sind es nicht etwa die tiefer liegenden Theile, welche die höhere Temperatur zeigen, sondern bald diese, bald die dem Sphincter näher liegenden. Zumal kam es häufig, fast regelmässig vor, dass, wenn das Thermometer 3'' tief und darüber eingeführt war und eine constante Temperatur angenommen hatte, dann so weit zurückgezogen wurde, dass das cylindrische Quecksilbergefäss $1\frac{1}{2}$—$1\frac{3}{4}$'' über dem Sphinct. extern. sich befand, die Temperatur sofort um 0,1 stieg. Ausserdem veränderte sie sich zuweilen um mehrere Zehntel — gewöhnlich fand ein allmäliges Sinken statt — innerhalb kurzer Zeiträume (halber Stunden) beim Liegenlassen des Thermometers und seiner Fixirung an ein und derselben Stelle, ohne dass diese Aenderungen auf Abkühlung der Haut zurückgeführt werden konnte. Dass auch ein etwaniger verschiedener Druck auf das dünne Glas des Quecksilber-Cylinders an einer und derselben oder an verschiedenen Stellen des rectum nicht Schuld an diesen Schwankungen war, bewiesen die Beobachtungen mit einem Thermometer, das von einer Glashülse umschlossen eingeführt wurde. Als allgemeinstes für den gegenwärtigen Zweck wichtiges Resultat ergab sich, dass bei gesunden Menschen unter verschiedenen Umständen, wie sie bei regelmässigem Leben und unter mässiger körperlicher Bewegung (die betreffenden Individuen versahen Wärterdienste) vorkommen, die Temperatur zu verschiedenen Zeiten und Tagen, an beliebigen Stellen des Rectum gemessen, zwischen einem Maximum von 38,3 und einem Minimum von 37,3° schwanken kann und meist Mittelwerthe zwischen diesen Grenzen zeigt; die grösste Differenz an ein und demselben Tage (unabhängig von der Tageszeit) betrug 0,4. Letzterer Werth wurde von Damrosch in der Achselhöhle als Mittel der zwischen 5 Uhr und 7 Uhr Abends vorhandenen Differenzen der Körperwärme gefunden, binnen welcher Zeit zugleich die grösste Schwankung während des ganzen Tages stattfand: im Rectum, dessen Temperatur innerhalb dieses Werthes in kurzen Zeiträmen oft unregelmässig und schnell wechselt, wird daher diese durch die Tageszeiten (resp. Nahrungsaufnahme) bedingte Schwankung sich als solche nicht constant markiren. Die zu den Messungen benutzten ausserordentlich feinen Geissler'schen Thermometer nahmen gewöhnlich — manchmal steigt ausnahmsweise das Quecksilber

auffallend langsam — im Rectum binnen 3 Minuten eine constante Temperatur an, wurden aber immer darüber hinaus so lange liegen gelassen (5 Minuten und darüber), bis man sich von der Constanz der Temperatur überzeugt hatte.

In Betreff der Beobachtungen selbst sei schliesslich noch bemerkt, dass sie aus äusseren Gründen nicht alle mit gleicher Vollständigkeit angestellt werden konnten; trotzdem habe ich auch die unvollständigeren mit aufgenommen, da sie die übrigen meist zweckmässig ergänzen. Wo keine besondere Zeitbestimmung beigefügt ist, beziehen sich die Morgenmessungen (M) auf 9 Uhr und die Abendmessungen (A) auf 5 Uhr.

I. Beobachtung.

F.... e, 38 J., Kaufmann. Rec. 16. December 1864; gestorben 7. Oct. 1865. War bereits dreimal in der Irren-Abtheilung behandelt worden, vom 11. August 1861 bis Januar 1862, von Mai 1862 bis December desselben Jahres; von August 1863 bis März 1864.

Heredität; vorangegangene Syphilis; Beginn der Krankheit mit Kopfschmerzen, Gefühl von Mattigkeit und Ziehen in den Gliedern; nach mehrmaligen Exacerbationen und Remissionen schwinden die Kopfschmerzen, dafür Eintritt einer intermittirenden Neuralgie des Trigeminus, Heilung durch Chinin. In letzter Zeit vor der Erkrankung wieder Kopfschmerzen. Angeblich in Folge eines heftigen Aergers Ausbruch der Geistesstörung: heitere Exaltation, Verschwendungssucht, Grössenideen, alsbald heftige Tobsucht. Bei der ersten Aufnahme (August 1861) heiteres Grössendilirium, Zerstörungssucht; ungleiche Pupillen, zuweilen leichtes Häsitiren, geht anfangs leicht taumlig, später sicher. In den nächsten Monaten Remission aber leichte psych. Schwäche, wird aus der Anstalt genommen. Zeigt sich zu Hause alsbald unfähig zu Geschäften, hat vielfache Klagen über Mattigkeit, Verstopfung, Kopfschmerz, Kribbeln in den Extremitäten, Augenschwäche, Appetitlosigkeit etc. Bei der Aufnahme (Mai 1862) exquisites Bild ängstlicher Hypochondrie. Bessert sich in den nächsten Monaten bedeutend und wird anscheinend gesund December 1862 entlassen ohne deutliche Zeichen psychischer Schwäche. Im August 1863 von Neuem aufgenommen im Zustande heiteren Grössendeliriums, grosse Euphorie, Geschwätzigkeit, deutliche psych. Schwäche. Linke Pupille wie früher etwas weiter, Sprache nicht häsitirend. Begeht viel Unfug, zerreisst Kleidungsstücke, mischt sich in Alles, hat stets Streit, auch Nachts unruhig, magert ab.

Anfall.

6. October 1863. Pat. sah schon gestern schläfrig und blass aus, klagt indessen über Nichts. In der Nacht vom 5. zum 6. war er bewusstlos aus dem Bette gefallen, dabei laute, schnarchende Respiration, angeblich keine Zuckungen. Er selbst weiss am Morgen nichts davon, erscheint schlummersüchtig.

M. T. 38,6 P. 84
A. T. 38,2 P. 96.

7. October.

M. T. 37,5 P. 84
A. T. 37,8 P. 96.

8. October. Sieht immer noch sehr blass aus, ist matt und schlaff. Appetit gut, Zunge rein, klagt über Benommenheit.

M. T. 38,2 P. 100
A. T. 37,9 P. 104.

10. October.

A. T. 37,8 P. 84.

11. October.

A. T. 37,6 P. 84.

Wird im März 1864 ungeheilt aus der Anstalt genommen.

Die letzte Aufnahme erfolgte am 16. December 1864. Es war bald nach der Entlassung wieder ein dem früheren ähnlicher hypochondrischer Zustand aufgetreten, der dann wiederholt in kurzen Zwischenräumen mit leichter heiterer Aufregung wechselte. Zugleich zeigte sich zunehmender Schwachsinn. Etwa 14 Tage vor der Aufnahme trat stärkere Aufregung hervor, er verschleuderte Geld, besuchte Vergnügungsorte etc. Endlich blieb Pat., der am Abend des 14. December einen Geschäftsgang besorgen sollte, zwei Nächte von Hause abwesend und wurde erst am Morgen des 16. in elendem, halb erstarrtem Zustande auf der Treppe seines Hauses sitzend angetroffen. Er zeigt sich ganz verwirrt, kann keine Auskunft geben, die Sprache ist kaum verständlich.

Bei der Aufnahme grosse Stupidität und Euphorie. Blasses, cachectisches Aussehen, grosse Magerkeit. Sprache unbeholfen, stark anstossend, kann sich schwer auf Ausdrücke besinnen. Zunge zittert, wird gerade herausgestreckt. Pupillen wie sonst, werden bei heller Beleuchtung gleich. In den Armen leichter Tremor, Gang kaum etwas unsicher. Im Verlauf des Monats verliert sich das Zittern, die Sprache wird wieder besser.

Januar 1865. Grosse Schläfrigkeit; schläft oft im Stehen ein und geht mit geschlossenen Augen wie im Schlafe herum. Beim plötzlichen Aufwecken wird das linke Auge stets später und langsamer geöffnet als das rechte. Der linke Fuss wird schwächer und nach auswärts gekehrt aufgesetzt, linke Schulter steht etwas tiefer. Händedruck beiderseits sehr schwach. Sieht sehr anämisch aus.

Februar. Eine Zeit lang ist das linke Auge fast stets geschlossen, ohne dass er sich dessen bewusst ist, jedoch kann er es auf Aufforderung öffnen.

März. Es wurde wieder Hängen nach links bemerkt, theilweise stärker ausgeprägt. Das Aufsetzen des linken Fusses geschieht immer noch mit starker Nach-Aussenstellung desselben, auch wird das linke Bein beim Gehen etwas mehr gehoben und soll Pat. auf demselben öfter einknicken. Kein Zittern der Glieder, Händedruck kräftiger. Gegen Mitte des Monats bessert sich Gang und Haltung etwas, Pat. sieht besser genährt aus, schläft nicht mehr so viel im Stehen, hat gewöhnlich ein Buch vor sich, in das er mechanisch hineinsieht, ohne zu lesen.

Anfall.

29. März 1865, 11 Uhr 41 Minuten Vormittags: Patient, welcher kurz vorher, den Kopf nach vorn gebeugt, schlafend gesessen, fällt plötzlich nach vorn über und wird von allgemeinen Convulsionen ergriffen. Gleich darauf wird folgender Zustand constatirt:

Kopf stark nach rechts gedreht. Fortdauerndes Zucken der Gesichtsmuskeln,

die Augen werden abwechselnd schnell zugekniffen und geöffnet, wobei der rechte Orbicularis stärker betheiligt erscheint, der Mund wird durch schnell auf einander folgende Zuckungen nach rechts gezerrt. Klonische Zuckungen in den Armen und im linken Beine; das rechte Bein ist tetanisch steif. Kaum haben die Erscheinungen nachgelassen, als ein neuer Anfall eintritt, wobei nun der Kopf nach links gedreht wird, das linke Auge fest geschlossen und der Mund nach links gezogen ist. Zugleich allgemeiner Tetanus, dem klonische Zuckungen mit allgemeiner starker Cyanose folgen. Die Arme sind dabei leicht flectirt, die Hände geschlossen, die Daumen fest eingeschlagen. Gleich darauf erfolgt ein dritter Anfall, oder vielmehr eine ganze Reihe unmittelbar sich folgender mit bestimmtem Typus. Zuerst dreht sich der Kopf langsam nach rechts, der Mund wird unter Zuckungen stark nach derselben Seite verzogen, das rechte Auge fest zugekniffen, das linke weniger oder gar nicht; nach etwa 1/4 Minute dreht sich der Kopf langsam nach links, der tonische Krampf des rechten Orbicularis löst sich unter einzelnen Zuckungen, das Auge öffnet sich, während nun das linke Auge fest geschlossen und der Mund nach links gezogen wird. Dabei finden kleine Zuckungen in den Extremitäten statt und zwar immer stärker auf der Seite, nach welcher die Drehung des Kopfes hin erfolgt. Solche Anfälle folgen sich fortwährend nach ganz kurzen Intervallen und zwar so, dass der Anfall stets mit Drehung des Kopfes nach der rechten Seite und den entsprechenden Contractionen rechts beginnt. Das Gesicht blass, zeitweise cyanotisch, linke Pupille etwas weiter als die rechte, beide von mittlerer Weite. Vor dem Munde blutiger Schaum, sehr beschleunigtes Athmen, starkes Rasseln, erschwerte Expiration, wobei Pat. stöhnende Laute ausstösst. Pulserregung bei den fortwährenden Zuckungen der Muskeln nicht bestimmbar. Die Temperatur 15 Min. nach Beginn des ersten Anfalls bei der Fortdauer beschriebenen Erscheinungen:

11 U. 55 Min.

T. 38,8.

In gleicher Weise und in gleichem Wechsel dauerten die Krämpfe fort bis 12 U. 35 Min. Unmittelbar darauf liegt Pat. ruhig da, mit halb geschlossenen Augen, wie im Schlafe, die Pupillen der halbgeschlossenen Augen sind eng. Die Untersuchung der Brust ergibt überall scharfes resiculäres Athmen, an einzelnen Stellen, besonders links in der Gegend des Winkels der Scapula sparsames Pfeifen und Schnurren, kein Expirationsgeräusch. Geringes Rasseln im Kehlkopf. Puls mittel hoch, leicht comprimirbar. Geringer Urinabgang, der Urin ist frei von Eiweiss; beim Einführen des Thermometers in das Rectum sparsame Kothentleerung. Temperatur, Puls etc. wurden unmittelbar nach dem Aufhören der Krampferscheinungen bestimmt:

12 U. 35 Min.:

T. 40,1 P. 144 R. 32.

Um 2 U. 40 Min. (drei Stunden nach Beginn der Anfälle) liegt Pat. noch immer ohne Bewusstsein mit geschlossenen Augen; Haut etwas feucht. Respiration leicht schnarchend.

2 U. 40 Min.:

T. 39,2 P. 132 R. 32.

Die Untersuchung um 3 U. 45 Min. ergibt hinten überall scharfes resicul. Athmen mit reichlichem Pfeifen und Schnurren.

3 U. 45 Min.:

T. 38,7 P. 116 R. 28.

Um 6 Uhr 45 Min. überall vesiculäres Athmen, kein Pfeifen und Schnurren mehr zu hören. Pat. liegt noch immer wie im Schlafe da, den Mund etwas nach rechts verzogen. Auf Anrufen reagirt er nicht, doch zuckt er bei Nadelstichen in's Gesicht und auf die Fusssohlen.

6 U. 45 Min.:

T. 38,4 P. 112 R. 21.

30. März Morgens. Patient liegt noch immer in einem schlafähnlichen Zustande, reagirt auf Anrufen gar nicht, auf Kneifen nur wenig. Bei der Untersuchung des Thorax, die nichts Abnormes ergibt, leistet er heftigen Widerstand.

Morgens 9 U.:

T. 38,0 P. 88 R. 16.

Abends 6 U.:

T. 38,2 P. 100 R. 16.

31. März. Patient liegt zwar noch immer in schlafähnlichem Zustande, schlägt jedoch beim Anrufen die Augen etwas auf, wobei das linke immer erst später geöffnet wird oder ganz geschlossen bleibt. Antworten gibt er nicht.

M. T. 37,8 P. 100 R. 16.

1. April. Patient antwortet heute auf Fragen, jedoch völlig verwirrt, braucht oft falsche Worte für die Dinge, die er bezeichnen will. Das linke Auge ist meist geschlossen. Knirscht oft anhaltend mit den Zähnen.

M. T. 38,8 P. 108 R. 17
A. T. 36,7 80 16.

2. April. Antworten auf einfache Fragen werden klarer, Patient kennt die Namen der Aerzte. Lässt Urin in's Bett. Kein Stuhl. Oefter anhaltendes Zähneknirschen.

M. T. 36,7 P. 72 R. 16.

3. April. Ist heute aufgestanden und fühlt sich ganz wohl, weiss von den Vorfällen nichts. Stuhl- und Urinexcretion normal. Puls und Temperatur nicht mehr aufgezeichnet.

Das Verhalten des Patienten blieb weiterhin ziemlich gleichmässig, charakterisirt durch ruhige Stupidität, glückliche Stimmung. Die Motilitätsstörungen zeigten keine wesentliche Veränderung, das Anstossen der Sprache hat nicht zugenommen, der Gang ist schleichend. Erhält Kal. iod. (ʒi) ℥Vi.
„ brom. ℈i
4 Mal 1 Essl.

Mai. Oft Zähneknirschen. Ist ruhig, theilnahmlos, hochgradige Gedächtnissschwäche, behält nach dem Uriniren den Penis lange in der Hand, indem er daran drückt und zerrt.

Juni. Juli. Patient knirscht anhaltend mit den Zähnen. Hoher Grad von Blödsinn, behält oft Bissen stundenlang im Mund, reibt sich gekautes Brod in die Hände, lässt den Urin unter sich, verirrt sich zuweilen in der Abtheilung. Ist immer ausserhalb des Bettes. Linke Pupille weiter als die rechte, zuweilen beide gleich (je nach der Beleuchtung). Zunge wird gerade, unter starkem Zittern herausgestreckt. Patient antwortet wenig, spricht spontan gar nicht, lächelt nur blödsinnig. Ende Juni wurde das Jodkali ausgesetzt.

Anfall.

2. August. Patient fiel heute Morgen gegen 10 Uhr plötzlich, wie es schien im Schlafe, vom Stuhl und blieb nachher noch, als er auf einen Stuhl gesetzt war,

½ Stunde wie schlafend sitzen, den Kopf herunterhängend. Bei der Untersuchung zeigt er sich bewusst- und bewegungslos, ist durch Anrufen nicht zu ermuntern, wird in's Bett gelegt und liegt hier mit flectirten Unterschenkeln, den Kopf etwas nach hinten und rechts gedreht, bei starkem Zittern der oberen Extremitäten und fibrillären Zuckungen in beiden Brustmuskeln. Puls 102, sehr klein, häufiges intensives Gähnen. Das Zittern der oberen Extremitäten kehrt anfallsweise wieder, die unteren sind nicht dabei betheiligt. Die gehobenen Arme fallen nicht schlaff, sondern nur langsam herab; dem Versuche, sie zu beugen, wird nur geringer, jedoch merklicher Widerstand entgegengesetzt. Die Augen sind nach rechts gerollt, Pupillen von mittlerer Weite, ohne Reaction. Der Mund wird nicht geöffnet, so dass die Zunge nicht beobachtet werden kann. Auf Nadelstiche erfolgt nirgends Reaction. Die Untersuchung der Brustorgane ergibt nichts Abnormes.

Abends. Temperatur dem Gefühl nach erhöht, 120 Pulse. Patient lag den ganzen Tag mit geschlossenen Augen; zeigt jetzt beim Anrufen etwas Bewusstsein; keine Zuckungen. Hat nichts gegessen. Kalte Umschläge. (Temperatur nicht aufgezeichnet.).

3. August. Ist wieder in demselben Zustand wie vor dem Anfall.

M. T. 38,0 P. 72.
A. T. 38,0 P. 80.

4. August. Beständiges Zähneknirschen. Ist heute lebhafter, spricht mehr mehr als gewöhnlich.

M. T. 37,5 P. 80.
A. T. 37,9 P. 76.

Seitdem ist bis heute (12. September) keine Veränderung eingetreten.

Die Temperatur im August und in der ersten Hälfte des September täglich Morgens und Abends bestimmt, überschritt nie die normale Grenze nach oben oder unten, auch die Tagesschwankungen haben nichts Abnormes. Puls fast stets beschleunigt, zwischen 80 und 100 schwankend, zuweilen über 100.

18. September. Die Morgentemperaturen waren am 16. und 17. resp. 37,7 und 37,6 gewesen, P. 116 resp. 104. Patieut hat am 17. Abends stark mit den Zähnen geknirscht, was in der ersten Hälfte des Monats gar nicht vorgekommen war, und auffallend lebhaft an seinen Kleidungsstücken gezerrt. Zieht sich häufig die Strümpfe aus, beisst fortwährend in dieselben hinein, sitzt zusammengekrümmt, leistet grossen Widerstand, wenn man ihn aufstehen und gehen lassen will; es ist nur zu constatiren, dass er in gebückter Stellung zu stehen vermag. Haut sehr heiss, Puls 112, ziemlich gross und gespannt, Zunge roth. Perc. und Ausc. ergibt vorn nichts Abnormes, Perc. hinten gleichfalls nicht, Ausc. hinten schwer ausführbar, da Pat. sich hin und her bewegt und sehr schwach inspirirt; jedenfalls ist kein Rasseln und Bronchialathmen zu hören.

T. M. 39,9 P. 112.
A. 37,0 76.

Wird in's Bett gebracht, liegt mit geschlossenen Augen, hat zu Mittag gegessen.

19. T. M. 37,1 P. 88.
A. 39,6 96.

Dasselbe Verhalten wie früher. In den Lungen keine Dämpfung, überall vesic. Athmen.

30. Es wurden vom 20. bis 30. nur die Morgentemperaturen gemessen, da Patient Nachmittags in den Garten geht. Dieselben überschreiten nicht die normale. Patient beisst noch oft in die Kleidungsstücke, hat plötzlich in die Jacke eines neben ihm stehenden Kranken gebissen, die nur mit Mühe aus seinen Zähnen zu entfernen ist. Häufiges Zähneknirschen. Fortgesetzt unreinlich, schmiert. Leichtes

Oedem an Unterschenkeln und Füssen, die Beine sind im Kniegelenk flectirt und setzen der Streckung Widerstand entgegen. Bettlage. Sieht blass, collabirt aus, Gesichtsausdruck alt, Augen geschlossen, Patient spricht nicht. Diarrhoische Stühle. Balanitis.

October

2.	T. M.	36,0	P. 84	Knirscht viel. Diarrhoe dauert fort.
	A.	37,5	100	
3.		38,1	112	Wangen hochroth, heiss; dünne Stühle.
		38,4	106	
4.		38,2	116	
		37,8	108	
5.		36,9	104	Sol. gumm. ℥ Vi. Opii. gr. V. 2stdl.
		37,9	122	
6.		38,6	134	Puls sehr klein, kaum deutlich fühlbar.
		37,8	136	

Anfall.

Etwa um 5½ Uhr Abends am 6. October wird ein Krampfanfall beobachtet; die rechte Gesichtshälfte und beide rechte Extremitäten verfielen in tonischen Krampf, der sich unter clonischen Zuckungen der betroffenen Muskeln legte; die Augen waren dabei nach rechts und oben gerichtet. Als Patient etwas über eine Stunde später (6¾ Uhr) wieder gesehen wurde (inzwischen sollen 4—5 ähnliche Anfälle nach Aussage des Wärters erfolgt sein), zeigte sich Folgendes: Er liegt auf der rechten Seite; die Augen sind stark nach rechts und oben gerichtet, weit geöffnet. Plötzlich beginnt sich das rechte Auge, namentlich von oben her, langsam zu schliessen, alsbald gerathen alle Gesichtsmuskeln rechterseits in tonischen Krampf, der Mund wird hoch nach rechts und oben gezerrt, der rechte Mundwinkel erscheint geöffnet. Sodann beginnt eine starke Contraction des rechten Sternocleidomastoïdeus und Drehung des Kopfes nach rechts, gleich darauf eine starke Extension und geringe Abduction des rechten Armes, die Faust ballt sich krampfhaft und endlich beugt der Krampf den rechten Ober- und Unterschenkel. Dieser Vorgang dauert etwa ¼—½ Minute. Die Respiration erfolgte dabei in schwachen, kurzen Stössen. Noch während die Extremitäten in Krampf gerathen, beginnt das rechte obere Augenlid heftig zu zittern und zu vibriren, das linke macht diese Vibrationen mit, dann gerathen alle Muskeln der rechten Gesichtshälfte in Zuckungen, darauf beginnen stossweise Zuckungen im rechten Sternocleidomestoïdeus, dann der Reihe nach in der rechten oberen und in der rechten unteren Extremität, zum Schlusse endlich Zuckungen des linken Beines. Der linke Arm blieb frei. Nach ungefähr ½—¾ Minuten hören die Zuckungen auf, die Respiration wird tiefer, ruhiger, 34 in der Minute.

Unmittelbar nach dem Anfall:

T. 39,3 P. 136.

Solche Anfälle wiederholen sich nun in ganz derselben Weise alle 4—5—6 Minuten, Nach einiger Zeit wird Patient versuchsweise auf die linke Seite gelegt. Beim Beginn des Krampfes zeigen sich ganz dieselben Erscheinungen: die Augen erscheinen zuerst weit geöffnet, so stark wie möglich nach rechts gerichtet, das rechte obere Augenlid beginnt sich zu schliessen, der Krampf ergreift die rechte Gesichtshälfte, darauf den Sternocleidomestoïdeus und so fort wie beschrieben. In den Intervallen zwischen den einzelnen Anfällen ist das Gesicht sehr collabirt,

der rechte Mundwinkel ist geöffnet und der Mund bleibt leicht nach rechts verzogen; der ganz nach rechts gedrehte Kopf geht, sobald der Anfall beendet ist, wieder etwas nach links zurück, ebenso die Richtung der Bulbi.

Von 7—8½ Uhr hat Patient 18 solcher Anfälle gehabt. Kalte Umschläge auf den Kopf, Senfteig auf die Brust.

Um 9¾ Uhr wird er wieder genauer beobachtet. Er hat bis dahin ununterbrochen in Pausen von 5 Minuten Anfälle gehabt, wie sie oben beschrieben sind, nur sollen nach Aussage des Wärters, welcher ihn während dieser Zeit beobachtet hatte, die drei letzten an der rechten Seite angefangen haben, dann aber auf die linke übergegangen sein. Häufig ist Urin- und Kothabgang erfolgt, besonders während der Anfälle. Er liegt jetzt, sehr collabirt aussehend, die Augen halb geschlossen, den Mund geöffnet, mühsam respirirend im Bette; wendet man den Kopf auf die Seite, so zieht sich die Wange der Seite, nach der er geneigt ist, bei jeder Inspiration ein und bläst sich bei der Expiration auf; bei gerader Lage des Kopfes ist dies nicht der Fall. Respr. cost. abdominal., mit Hülfe der accessorischen Athemmuskeln. Er reagirt nicht auf Anreden, das Gesicht ist blass, sehr leicht cyanotisch, die Glieder schlaff.

9¾ Uhr. T. 39,6 P. 144, sehr klein.

Um 10 Uhr erfolgt, während ich den Patienten eben zum Auscultiren in die Höhe richten lasse, ein neuer Anfall, dessen Beginn ich während des Auscultirens an dem eigenthümlichen tetanischen Zittern der Muskeln bemerke. Als ich den Patienten genau ansehe, zeigt sich bereits tetanische Steifheit beider Arme, es schliesst sich das rechte Augenlid krampfhaft, es beginnen klonische Zuckungen im rechten Arm und rechten Augenlid; darauf schliesst sich das linke Augenlid krampfhaft, während noch tetanische Steifheit des linken Armes besteht, worauf dann gleichfalls clonische Zuckungen des Augenlides und Armes dieser Seite erfolgen. Nach dem Aufhören der Erscheinungen, die sich so schnell folgen, dass die genaue Beobachtung ihrer Aufeinanderfolge schwierig ist, bleibt Patient, den Kopf nach links geneigt, liegen.

Um 10 Uhr 15 Minuten ein neuer Anfall: das rechte Augenlid wird geschlossen, der Kopf dreht sich nach rechts, der rechte Arm wird totanisch steif, das Bein im Kniegelenk flectirt,*) darnach clonische Zuckungen in den betreffenden Theilen und Uebergehen derselben Erscheinungen auf die andere Seite.

In den Lungen hinten überall zahlreiche Rhonchi, in den unteren Parthieen hinten das Respirationsgeräusch fast ganz dadurch verdeckt, rechts hinten unten kleinblasiges Rasseln und schwache Dämpfung. Vorn überall reines Vesicularathmen.

7. October:

T. M. 38,4 P. 144.

Mit dem zuletzt beschriebenen Anfalle von gestern Abend haben die Krämpfe aufgehöst. Patient nimmt die Rückenlage ein, der Kopf ist leicht nach links geneigt, die Augen sind halb geschlossen, das linke mehr als das rechte; Gesichtsfarbe sehr blass, keine deutliche Cyanose, Züge verfallen, keine Lähmungserscheinungen im Gesichte wahrzunehmen. Pupillen sehr eng und entschieden enger als

*) Ob die hier angegebene Aufeinanderfolge in dem Krampf der betreffenden Muskeln ganz genau dieselbe war, wie in den frühern Anfällen, konnte wegen des schnellen, fast gleichzeitigen Eintritts der Erscheinungen nicht mit Sicherheit beobachtet werden; in den früher beschriebenen Anfällen dagegen ist sie exact.

sonst, bei schwacher Beleuchtung. Respiration ruhig, tief, 20 in der Minute, ohne besondere Anstrengung. Bauch eingezogen, die recti sind zu einem starken Wulste contrahirt, pulsatio epigastrica, die Aorta abdominalis überall pulsirend durchzuführen. Leber- und Milzdämpfung normal. Die Glieder schlaff, das linke Bein ausgestreckt, passiv frei beweglich, das rechte schwach flectirt, aber leicht zu strecken. Der emporgehobene rechte Arm fällt schlaff herab, ist in allen Gelenken passiv frei beweglich, während der gebeugte linke der Extension einen gewissen Widerstand entgegensetzt. Patient macht einige spontane Bewegungen mit dem Kopfe, soll beim Wechseln der Wäsche selbst thätig behülflich gewesen sein, hört aber auf lautes Anrufen nicht. Die Untersuchung der Brust ergibt: vorn überall visiculäres Athmen, kein Rasseln. Rechts hinten vesic. Athmen, in den untern Parthieen auf der Höhe der Inspiration zuweilen kleinblasiges Rasseln, bei der Expiration überall pfeifende Geräusche. Links hinten hier und da bei der Expiration Rhonchi, bei der Inspiration schwaches vesiculäres Athmen. In den untersten Parthieen rechts der Ton etwas weniger laut, darüber höher als links.

Einzelne Stellen der Haut, namentlich an dem äusseren Rande der scapula und dem linken Trochanter zeigen eine blauröthliche, livide aussehende Färbung, die auf Fingerdruck nicht schwindet.

Um 3 Uhr 15 Minuten Nachmittags erfolgt der Tod ohne besondere Erscheinungen und ohne dass wiederum Krämpfe aufgetreten wären.

Autopsie.

Schädeldach ziemlich breit, dünn, mit sehr wenigen und ganz blutarmen Gefässen, Nähte gut erhalten. Sinus long. weit, mit dünnflüssigem, blassem Blut gefüllt. Dura blutarm, von normaler Dicke, innen vollkommen glatt. Sack der Dura wird vom Gehirn vollständig ausgefüllt. Pia der Convexität ist im Ganzen stark glänzend, ziemlich feucht, etwas dick. Am Ausgedehntesten sind diese Verdickungen, die mit Trübung einhergehen, in der Scheitelgegend der rechten Hemisphäre, entsprechend den Sulcis, weniger stark links. Ueber beiden Vorderlappen, zu beiden Seiten der Mittellinie, tritt in der Pia eine theils streifige, theils fleckige, auch hier hauptsächlich der Lage nach den Sulcis entsprechende gelbliche Zeichnung zu Tage, die auch hier in verdickten Lagen der Pia sich findet. An der Basis ist die Pia im Ganzen etwas lebhaft injicirt, sonst überall dünn, gut durchscheinend. An den Gefässen und Nerven der Basis keine wahrnehmbare Abnormität. An der Convexität sind im Wesentlichen nur die gröberen, venösen Gefässe mit Blut gefüllt. Von der Gyris lässt sich die erheblich verdickte Pia über beiden Hemisphären mit grosser Leichtigkeit trennen. Die Oberfläche der Gyri selbst hat eine blassgraue Farbe, sie zeigen am vorderen und hinteren Lappen eine ziemlich reichliche, an den mittleren Partieen, besonders links, weniger entwickelte Windungen. Die Grösse beider Hemisphären scheint gleich zu sein. Beide Seitenventrikel sind bedeutend erweitert, der linke stärker als der rechte. Beide mit klarer Flüssigkeit gefüllt. Oberfläche des corp. strict. und thalem. optic. stark abgeflacht. Ependym verdickt, stärker links als rechts. Auch der Mittelventrikel ist etwas weit, weniger der vierte. Die Consistenz der ganzen Hirnsubstanz ist eine ziemlich feste und zähe und der Feuchtigkeitsgehalt ein mässiger. Blutgehalt in der weissen Substanz gering, die Farbe dabei etwas in's Gelbliche spielend, die Rinde überall relativ sehr schmal, besonders im Vorderlappen, dabei ausserordentlich dunkel pigmentirt und von mehr gleichmässiger mittlerer Injection als die weisse,

Dasselbe Verhältniss der starken Pigmentirung tritt auch in den Centraltheilen und im kleinen Gehirn zu Tage. Etwas weniger auffallend im Pons.

Mässige Macies. Die Haut ziemlich weiss, Fettpolster sehr gering, etwas bräunlich, Musculatur trocken, rothbraun. Beide Pleurasäcke ganz leer, ebenso das Pericardium. Herz von normaler Grösse, Klappen bis auf geringe Verdickung des freien Randes der Mitralis zart. Musculatur bräunlich. Linke Lunge nicht adhärent, von normaler Grösse, der obere Lappen ganz vollkommen lufthaltig, ziemlich trocken, hellroth, der untere in den inneren Parthieen gleichfalls lufthaltig, stark durchfeuchtet, hyperämisch; unmittelbar an der Oberfläche des hinteren und seitlichen Umfangs liegen in diesen hyperämischen Parthieen eine Anzahl vollkommen luftleerer Lobuli und daneben auf der Schnittfläche graurothe und leicht körnige catarrhalische Hepatisationsheerde. Die Bronchien des unteren Lappen stark geröthet und mit reichlichem Schleim gefüllt.

Auch die rechte Lunge vollkommen frei, im Allgemeinen ziemlich stark hyperämisch, durchgehends ödematös und finden sich hier einzelne, kleine, mehr graue catarrhalische Infiltrationsheerde. Anfüllung der Bronchien hier etwas stärker. Pharynx und Larynx blass, glatt. Milz klein, derbes blaurothes Parenchym. Linke Niere von normaler Grösse, Kapsel haftet fest, auf der Oberfläche markiren sich ziemlich viele eingesunkene schiefrig gefärbte Stellen, am hinteren Umfang dazwischen einige weiche gelbliche Flecken. Die letzteren bilden nur die Oberfläche von interstitiellen Abscesszügen, welche bis zum Nierenbecken sich erstrecken. Dieses selbst hat eine trübe, schiefrig gefärbte Fläche, enthält etwas eitrige Flüssigkeit. Sonst ist das Nierenparenchym weich, etwas blass. Rechte Niere ebenso, nur die beschriebenen Heerde etwas spärlicher. Magenschleimhaut leicht schiefrig, Leber klein, glatte Oberfläche, Parenchym derbe, leicht violett, Acini von kleinem Durchmesser. Mesenterialdrüsen nicht vergrössert. Dünndarm ziemlich stark contrahirt, enthält nur ganz wenig zähen Schleim. Schleimhaut dünn, vollkommen glatt. Auch im Dickdarm ausser der etwas schiefrigen Beschaffenheit der Schleimhaut keine Abnormität. Die Blase sehr stark contrahirt, Muscularis hypertrophisch, Schleimhaut blass und intact. Aorta normal. Beide Hoden auffallend klein, Parenchym weich, zähe, etwas bräunlich.

II. Beobachtung.

Rau, 33 Jahr, Arbeitsmann; rec. auf der Abtheilung für innere Kranke den 18. November 1863, verlegt nach der Irren-Abtheilung den 30. November 1863, ungeheilt entlassen den 11. October 1864.

Branntweintrinker; vor zwei Jahren soll die Sprache schwerfälliger geworden sein. Wurde tobsüchtig nach der Charité gebracht und später der Irren-Abtheilung übergeben. Andere Angaben fehlen.

31. November. Kräftiger muskulöser Mann, sehr gut genährt, geröthetes volles Gesicht. Gang sehr stark taumelnd, Patient stürzt vorwärts und hält sich dann taumelnd an irgend einem Gegenstande fest, versucht auf die sinnloseste Weise die Thüren zu öffen, sucht fortwährend daran herum. Allgemeiner starker Tremor, fortwährendes Zucken der Gesichtsmuskeln, links leichte Ptosis, rechte Pupille etwas weiter, beide schwach reagirend. Sprache fast ganz unverständlich; Patient lallt ununterbrochen, lacht, grinst, will heraus; hallucinirt lebhaft, zieht sich die Kleider aus, ist ganz sinnlos. Puls sehr frequent, schwer zu zählen.

Tinct. Digit. 4 mal 15 gtt..

2.—10. December. Geringer Nachlass der Erscheinungen. Sprache noch unverständlich, allgemeiner tremor, der ihn am Essen hindert. Der Gang ist sicherer, kann fest stehen, schwankt nicht bei geschlossenen Augen. Oft blitzartige Zuckungen einzelner Muskeln, hat in den letzten Tagen öfter erbrochen, Sepon. Digit. Grosse Euphorie; spricht öfter die Fragen wie ein Echo nach, hallucinirt viel, entkleidet sich noch oft.

11. December. Fast soporöser Zustand, liegt mit geschlossenen Augen, behält jede Lage, die man ihm giebt. Erwacht alsbald, gibt Schmerzensäusserungen von sich bei Berührung des linken Unterarms, an dem sich Röthe und Schwellung zeigt. Abends wieder somnolent, P. 56.

14. December. Es werden Abscesse am linken Arm und linken Oberschenkel eröffnet.

Patient befindet sich von jetzt ab gewöhnlich in einem Zustande stärkerer oder schwächerer maniacalischer Exaltation mit characterischen Grössenideen, Sprache stammelnd, Gang sicher.

Im Mai, Juni und Juli 1864 treten hypochondrische Vorstellungen in den Vordergrund (Schlangen im Leibe etc.); nimmt wenig Nahrung zu sich, zeigt sich ganz schwachsinnig. Ernährung gut.

Gegen Ende Juli wieder die frühere heitere Aufregung mit denselben schwachsinnigen Grössenideen, die sich bis in den September in ziemlich gleicher Weise erhielt. Vom 12. September ab öfter Klagen über heftigen Kopfschmerz, dessen wegen er am 15. Abends sich aus dem Garten hinaufführen liess. Die Nacht verbrachte er ziemlich unruhig, sprach viel, wollte fort nach Hause.

Anfall.

Am Morgen des folgenden Tages, 16. September, findet man ihn unbesinnlich in seinem Bette liegend; die Extremitäten lassen sich leicht bewegen, nur sind die Arme im Ellenbogengelenk flectirt und contracturirt, ebenso die Finger. Pupillen fast gleich, kaum reagirend, weit, Bindehaut und Sclera kaum injicirt, Abdomen nicht eingezogen. Hohe Pulswelle.

M. T. 38,2 P. 100.

Nachmittags. Unbesinnlichkeit hält an, Patient reagirt auf gar nichts. Es erfolgt galliges Erbrechen bei kleinem beschleunigtem Puls und allgemeinem Collapsus. (Liq. Hoffmann). Gleich darnach erholt sich Patient wieder, der Puls hebt sich. Stirn dem Gefühle nach heiss, Pupillen gleich, Sclera stark injicirt, Kopf stets nach links gewandt, Contracturen im Ellenbogengelenk und den Fingern beiderseits. Abdomen wie sonst, Respiration nicht beschleunigt.

A. T. 39,2 P. 166.

Ord.: Clysma, Eiskappe, 10 Blutegel hinter die Ohren.

17. September. Nacht unruhig, agitirt, auch jetzt noch unruhiges Umherwerfen. Geröthetes Gesicht. Gänzliche Unbesinnlichkeit, Kopf nach links hinübergezogen, die Contracturen bestehen fort.

M. T. 39,2 P. 86.

Ord.: 12 Blutegel hinter die Ohren.

Nachmittag. Die Contracturen bestehen fort, dabei treten jedoch Zuckungen in den Fingern der rechten Hand und im rechten Pectoral. maior, theilweise auch im Cucullaris ein. Ord.: Inf. Sennae compt.

A. T. 39,8 P. 104.

18. September. Nachts grössere Ruhe, gegen Morgen ein dünner Stuhl. Hat heut Morgen gegessen, scheint etwas besinnlicher und den Arzt zu erkennen.

M. T. 39,0 P. 92.

Ord.: Calomel scr. ß.

Plv. rad. Jalap. gr. V. 2stdl. 1 Pulv.

Nachmittags. Besinnlicher. Stirn nicht mehr so heiss.

A. T. 39,7 T. 96.

19. September. Ruhig geschlafen, ziemlich besinnlich, Pupillen-Differenz wieder grösser, Contracturen nicht mehr nachweisbar.

M. T 38,7 P. 92

A. T. 39,1 P. 96.

Sepon. Calomel.

20. September. Gut geschlafen, erkennt den Arzt, sagt er sei ganz gesund, Pupillen-Differenz wie früher.

M. T. 38,1 P. 84

A. T. 38,3 P. 86—90.

21. September. Wohlbefinden, sagt er habe Hunger und will in den Garten gehen.

M. T. 37,5 P. 76

A. T. 37,8 P. 72.

Hat den Tag über viel geschlafen.

Während der ganzen Zeit hat die täglich zweimal vorgenommene Untersuchung des Respirationsapparats nichts Bemerkenswerthes ergeben.

22. September. Steht heut zum ersten Male wieder auf, geht im Garten spazieren, weiss kaum was vorgefallen, ist in ruhiger vergnügter Stimmung. Im Uebrigen alle Erscheinungen wie vor dem Anfalle, Sprache nicht schlechter als sonst. Die Temperatur blieb von da ab in den normalen Grenzen.

III. Beobachtung.

Krautzk, 32 Jahr, Tischlermeister, rec. 25. Mai 1861, gestorben den 21. Februar 1862.

Beginn der Erkrankung unter hypochondrischen Erscheinungen, alsbald grosse psychische Schwäche, tobsüchtige Aufregung und Verwirrtheit. Bei der Aufnahme zeigt sich Patient als ein ziemlich schwächlich gebautes, mageres, hinfällig aussehendes Individuum, hat eine blasse Gesichtsfarbe und stupiden Gesichtsausdruck. Seine Bewegungen sind matt, der Gang sehr unsicher, ohne dass jedoch einseitiges Nachschleppen einer Extremität zu bemerken ist und ohne dass Verschluss der Augen eine Steigerung der Unsicherheit hervorbringt. Die Pupillen sind von gleicher, mittlerer Grösse und reagiren gut; die Zunge wird gerade herausgestreckt und zittert deutlich. In der Sprache zeigt sich deutliches paralytisches Anstossen. An den Organen der Brust und des Unterleibes lässt sich nichts Abnormes nachweisen.

In den ersten Tagen bestand Tobsucht mit regelmässigem Quolidian-Typus; gewöhnlich wechselte der Zustand über Nacht, wo dann Patient, der bis dahin ruhig gewesen, plötzlich aufstand und andere Kranke bedrohte. An den ruhigen Tagen zeigte sich trotz augenscheinlicher grosser Mattigkeit eine characteristische

Euphorie; sonst redete er dauernd in singendem Tone, das Delirium hatte den Character eines blödsinnigen Grössenwahnes. Bald verwischte sich der Typus und Patient bot das Bild eines stupiden paralytisch Blödsinnigen dar.

Anfall.

Am 14. Juni 1861 Nachmittags 6 Uhr, beim Aufenthalt im Garten, lief Patient plötzlich taumelnd in einem Kreise nach links herum, wobei die linken Halsmuskeln sich stark contrahirt zeigten; darauf fiel er bewusstlos um. Bei der gleich darauf stattgefundenen Untersuchung ergab sich Folgendes: Sehr beschleunigte Respiration, Augen geöffnet, Pupillen sehr weit, bulbi nach links gerichtet, Kopf krampfhaft nach links gezogen. Es folgt alsbald ein neuer Anfall: allgemeine Zuckungen, jedoch vorwiegend links; der linke Mundwinkel stark nach oben gezogen, die linke Lidspalte durch Contraction des Orbicularis verengt, Speichel läuft aus dem linken Mundwinkel, mässig starkes Vibriren und Zucken aller Gesichtsmuskeln. Darauf liegt der rechte Arm ruhig, während der linke bei eingeschlagenem Daumen und geballter Faust in fortwährenden kleinen Zuckungen begriffen ist; ebenso das linke Bein, während das rechte nur in geringem Masse zittert. Erschwertes, stertoröses, schnaufendes Athmen, stärkste Cyanose, lautes Rasseln, gewaltiger Schweisausbruch über den ganzen Körper. Kurze Zeit nach Beginn des Anfalls (es war eben nur die Zeit verflossen obige Erscheinungen zu registriren):

T. 40,2 P. 140.

Es wird ausnahmsweise ein Aderlass von ℥ X. gemacht.

15. Juni. Die Zuckungen hatten in der Nacht nachgelassen. Patient liegt ruhig athmend da, Augen geöffnet, Pupillen weit, bulbi und Kopf nach rechts gedreht. Die Lider nähern sich zeitweise einander, ohne dass die Augen geschlossen werden. Beiderseits hinten in den unteren Parthieen der Lungen Rasselgeräusche, beginnende Rückkehr der Besinnung. Pulver aus Campher mit Benzoë.

M. T. 38,6 P. 116
A. T. 38,8 P. 108.

16. Juni. Rückenlage, starke Dyspnoe mit Stöhnen unf Aufblasen der Wangen. Die rechte Lidspalte fast ganz geschlossen, die linke geöffnet (Lähmung des Orbil. palpebr.). Conjunct. stark geröthet, bulbi nach rechts gerichtet, machen nur geringe Schwankungen, Kopf gleichfalls nach rechts (kein Krampf der betreffenden Halsmuskeln), keine Zuckungen, keine Schiefheit des Gesichts. Die linke obere und untere Extremität sind gelähmt und fallen emporgehoben schlaff herab; zugleich ist die Sensibilität daselbst herabgesetzt, zumal im Arm und den Fingern. Die Extremitäten der rechten Seite sind weder gelähmt noch anästhetisch und werden bei Nadelstichen auf beliebige empfindende Hautstellen zu abwehrenden Bewegungen benutzt.

M. T. 41,0 P. 136 R. 52
A. T. 39,3 P. 116.

17. Juni. Die linke Pupille weiter, die Stellung des Kopfes willkürlich, die Erscheinungen im Gebiete der Sensibilität und Motilität dieselben. Hinten rechts vom angul. scap. ab mässige Dämpfung, unbestimmtes Athmen, sparsame Rasselgeräusche. Patient ist besinnlicher, spricht aber lallend bis zur Unverständlichkeit.

M. T. 39,0 P. 108 R. 36
A. T. 38,6 P. 92

18. Juni. M. T. 38,0 P. 84
A. T. 38,8 P. 84.

19. Juni. Viel besinnlicher. Hinten beiderseits schwache Dämpfung, unbestimmtes Athmen, Rasseln. — Eine genaue Untersuchung ist wegen der geringen Gefügigkeit des Kranken nicht ausführbar.

	M. T. 38,4	P. 80
	A. T. 39,0.	
20. Juni.	M. T. 38,9	P. 108
	A. T. 39,0	P. 100.
21. „	M. T. 39,4	P. 116
	A. T. 39,4	P. 108.
22. „	M. T. 39,3	P. 116
	A. T. 38,8	P. 96.
23. „	M. T. 39,8	P. 120
	A. T. 39,4	P. 108.

Inf. fol. Digit. (dr.β) ℥Vi 2stdl.

24. Juni. Hinten unten links bronchiales Athmen und klingendes Rasseln. Besinnlichkeit dauert fort.

	M. T. 39,2	P. 108
	A. T. 38,8	P. 80.

25. Juni. Puls etwas unregelmässig.

	M. T. 38,6	P. 80
	A. T. 39,3	P. 88.
26. „	M. T. 38,8	P. 112
	A. T. 39,4	P. 104.
27. „	M. T. 38,4	P. 88
	A. T. 38,6	P. 84.

Ein inzwischen entstandener Decubitus hat sich sehr vergrössert und sondert Jauche ab.

28. Juni.	M. T. 38,3	P. 100
	A. T. 37,8	P. 88.

Inf. rad. Valer. Bier, gute Diät.

29. „	M. T. 37,9	P. 96
	A. T. 38,0	P. 84.
30. „	M. T. 38,0	P. 96
	A. T. 37,8	P. 76.

Patient erholte sich nun nach Beseitigung des Fiebers und der Pneumonie mehr und mehr. Die linksseitige Parese war allmälig verschwunden, ohne dass der Zeitpunkt des Verschwindens genau angegeben werden könnte. Der decubitus war Ende September vollständig geheilt. Grosser Stumpfsinn und Gedächtnissschwäche bestanden fort; Patient kleidet sich öfter aus und an, zieht mehrere Paar Strümpfe über einander, steckt fremde Sachen ein; die Zeitdauer seines Aufenthaltes in der Charité gibt er jedes Mal auf einen Tag an, weiss nicht, dass er verheirathet ist u. s. w. Seine Haltung ist gebückt, der Gang schleppend, die Sprache häsitirend, die ausgestreckten Arme zittern bemerklich.

Vom 13. November 1861 an wurde Puls und Temperatur wiederum zweimal täglich bestimmt:

13. November.	M. T. 37,9	P. 72
	A. T. 38,5	P. 88.
14. „	M. T. 37,8	P. 88.

Anfall.

Patient, der bereits mehrere Nächte unruhig geschlafen, häufig aufgestanden, auch noch verwirrter gewesen war, als gewöhnlich, wurde um 4 Uhr Nachmittags besinnungslos, ohne Zuckungen, auf dem Closet liegend gefunden mit Massen weissen Schaumes vor dem Munde. Nachdem er ins Bett gebracht war, zeigte sich Folgendes: Soporöser Zustand, Schaum vor dem Munde, Augen nach innen und oben gerollt, linke Pupille um ein Weniges weiter. Ein Vibriren der gesammten Muskulatur hält beständig an; der Kopf ist nach links gewendet, beim Versuchen, den Kranken gehen zu lassen, fällt der Körper nach rechts hinüber. Der linke Arm vollkommen gelähmt und contracturirt, das linke Bein paretisch, Verlust der Sensibilität ebendaselbst. Rechts ist die Sensibilität nicht nur erhalten, sondern es herrscht sogar vom Knie aufwärts bis an den Hals eine starke Hyperästhesie. Während tiefe Nadelstiche auf die linke Körperhälfte gar keine Bewegungen auslösen, zuckt Patient bei der leisesten Berührung der rechten Seite sofort heftig zusammen und fährt mit der entsprechenden Hand nach der getroffenen Stelle. Sonst reibt er sich mit der rechten Hand fortwährend die Herzgrube. An Stirn- und Kopfhaut ist die Sensibilität beiderseits gleich und normal. Gleich nach dem Anfalle:

Nach 4 Uhr: T. 38,4 P. 128.

Um 5 Uhr zweiter Anfall:

Der Anfall beginnt mit einer Faltung der linken Seite der Stirnhaut, Nystagmus, linksseitigem Blepharospasmus, dann wird der Mund krampfhaft nach links und unten gezerrt und es erfolgt eide starke Contraction des Sternocleidomastoïdeus, wobei der Kopf stark nach links und unten gezogen wird. Die rechte Seite der Stirn ist dabei ganz glatt. Die Arme sind krampfhaft flectirt, die Hände geballt mit über die Finger geschlagenen Daumen, die Beine, im Kniegelenk contracturirt, werden durch Zuckungen hin- und hergeschleudert. Blutiger Schaum tritt vor den Mund, Zähneknirschen, mühsame und stöhnende Respiration mit kurzer, krampfhafter Inspiration und langer Expiration.

Im Anfalle:

5 Uhr: T. 39,3 P. 128.

Mach etwa 5 Minuten dritter Anfall:

Die Krämpfe beginnen wieder in der linken Seite, dann aber verzieht sich der Mund nach rechts, das rechte Auge wird stark zugekniffen, dann allgemeine Convulsionen. Allmälig dreht sich der Kopf wieder nach links, während die linke Gesichtshälfte stark in die Höhe gezogen wird. Der Anus steht weit und klaffend offen, unwillkürlich Koth- und Urinabgang. Keine Spur von Pupillen-Reaction. Starke Cyanose.

P. 140.

Darauf vollkommene Lähmung der linken Extremitäten.

Nach 10 Minuten vierter Anfall:

Die Intensität desselben erscheint grösser, als die der vorigen, sehr starke

Cyanose, die Ohren ganz dunkelblau. Gesicht und Kopf nach links verzogen, linkes Auge fest zugeklemmt.

P. 144.

Nach einem ähnlichen Intervall fünfter Anfall:

Die Conjunct. Bulbi sehr empfindlich gegen Berührung, heftiges Zittern mit den Augenlidern. Bei Nadelstischen in das linke Bein schiebt Patient das rechte vor.

Ein sechster und siebenter Anfall sind leichter und folgen sich schnell aufeinander.

Nach $1/4$ Stunde ein achter Anfall, heftiger als alle vorangehenden. Es entleert sich eine sehr grosse Menge sehr übelriechender Fanes. Die Convulsionen lassen die rechte Seite viel unbetheiligter als die linke.

P. 150:

Nach 7 Minuten ein neunter Anfall:

Uebertrifft noch den vorigen an Intensität. Die rechte Körperhälfte bleibt fast ganz unbetheiligt. Die Augenlider links sind stark geschwollen. Der Anfall hält weit kürzere Zeit an als die vorhergehenden, im Ganzen nur einige Minuten.

Nach einem schwächeren und kurzen zehnten und elften Anfalle bricht ein starker Schweiss über den ganzen Körper aus. Die Temperatur (39,3) stieg während der Anfälle nicht.

Von da ab ($6^1/_4$ Uhr Abends) Ruhe. Patient liegt soporös da, mit halbgeschlossenen Augen, macht Kaubewegungen. Respiration stertorös. Von Zeit zu Zeit zeigen sich gleichsam Ansätze zu neuen Anfällen, Zucken der Augenlider links, geringes Verziehen des linken Mundwinkels. Zu dieser Zeit ist:

$6^1/_4$ Uhr: T. 38,7 P. 140.

8 Uhr Abends: Tiefer Sopor, kein Zeichen von Theilnahme beim Anrufen. Am Herzen lautes systol. Blasen. Die Sensibilität hat links zugenommen, während die Hyperästhesie rechts abgenommen hat; jedoch besteht in der rechten Gesichtshälfte noch abnorm erhöhte Empfindlichkeit.

8 Uhr: T. 38,7 P. 148.

In der Nacht erfolgten noch zwei, angeblich leichtere Anfälle.

15. November Morgens $7^1/_2$ Uhr: Tiefer Sopor, keine Antwort. Pupillen träge reagirend. Empfindlichkeit gegen Berührungen rechts wieder erhöht, während links die Sensibilität wieder abgenommen hat. Links gar keine Bewegungen; bei Kitzeln der rechten Fusssohle starke Reflexzuckungen der betreffenden Extremität, während ein gleicher Reiz links nur ein leichtes Muskelspiel auslöst. Es hat sich von gestern bis heut eine brandiger Decubitus am Kreuzbein ausgebildet.

T. 38,1 P. 88.

Morgens $1/2$ 10 Uhr. Patient versucht zu antworten, Pupillen reagiren ziemlich; Sensibilität und Motilität links sehr verbessert. Lippen und Augenlider beiderseits, besonders aber links, stark geschwollen.

P. 100.

16. Nov. Patient kann noch nicht sprechen, versteht aber das Gesprochene. Zunge wird stark zitternd zum Munde herausgestreckt. Abends zeigt sich vollständige Rückkehr der Sensibilität links.

17. Nov. Die Anschwellung der Lippen und Lider lässt nach. Patient antwortet wieder. Sensibilität ganz normal, Motilität fast ganz.

M. T. 38,2 P. 96.
A. 38,4 110.

Von nun an fortschreitende Besserung; Patient verlässt am 20. das Bett, nachdem er schon vorher stundenweise ausserhalb desselben zugebracht. Der in einer Nacht entstandene Decubitus heilte schnell. Sein Zustand ist psychisch wie körperlich ganz derselbe wie vor den Anfällen.

Patient erfreute sich nun während längerer Zeit eines relativen Wohlseins und schien sich selbst das Gedächtniss etwas zu bessern. Plötzlich:

Epileptiformer Anfall.

19. Februar. Einige Tage vorher war bei dem Kranken eine sich allmälig steigernde Aufregung und leichte Reizbarkeit zu erkennen gewesen, die sich am Abend des 19. so steigerte, dass er sich an einem Mitpatienten thätlich vergreifen wollte. Im Begriffe, die That auszuführen, stürzte er unter Zuckungen zu Boden, wurde sofort in's Bett getragen, fiel aber heraus und schlug heftig mit der rechten Körperhälfte auf den Boden (10½ Uhr Abends). Die Zuckungen sollen einige Minuten gedauert haben. Darauf kehrten in Intervallen von circa je 1 Stunde, in welchen er ohne Besinnung und ohne zu sprechen röchelnd dalag, die Zuckungen zweimal wieder. Während des nun folgenden längeren Intervalles in der Nacht lag er, den Kopf nach links gedreht, ohne Besinnung. Die Augen waren halb geschlossen, die Pupillen gleich weit, stark verengt, ohne sich bei Beschattung zu erweitern. Vor dem Mund, der etwas nach links und unten verzogen war, stand weisser Schaum. Die Arme hingen schlaff am Bett herunter, die Beine lagen gerade ausgestreckt. Starkes Tracheal-Rasseln, Puls voll und gespannt. In der Nacht (keine genauere Zeitangabe):

T. 39,2 P. 140.

20. Febr. Um 9½ Uhr früh erfolgte ein neuer Anfall, der vierte. Der Kopf wurde unter klonischen Zuckungen nach links gezogen, die Bulbi unter Nystagmus-Bewegungen nach links gerichtet, der Mund nach links und unten verzogen, die Pupillen waren gleichmässig contrahirt, linker Arm und linkes Bein wurden unter klonischen Zuckungen flectirt. Allmälig stellte sich darauf der Kopf gerade, die Augen richteten sich starr gerade aus; dann wurde nach und nach die rechte Seite in derselben Weise ergriffen, wie vorher die linke, während linkerseits die Zuckungen nachliessen und endlich ganz aufhörten. Die Sensibilität erschien während des ganzen Anfalls beiderseits erloschen. Das Tracheal-Rasseln dauerte fort.

T. 39,8 P. ?

In Intervallen von je ½ Stunde etwa erfolgten nun noch drei Anfälle, von denen zwei ganz in derselben Weise verliefen, wie die vorigen, der dritte aber nur die linke Körperhälfte betraf. Bei jedem dieser Anfälle erfolgte die Entleerung übelriechender, breiiger, grauer Fäcalmassen.

Während des übrigen Tages war der Zustand dem während der vergangenen Nacht analog. Indess wurde einmal willkührlich Urin gelassen und die Sensibilität kehrte theilweise zurück. Nahrung zu sich zu nehmen war er nicht im Stande, wurde sie ihm eingeflösst, so schluckte er nicht. Abends:

T. 40,4 P. 120

21. Febr. In der Nacht hatte das Röcheln stark zugenommen, der Schaum vor dem Munde erschien etwas graulich, von fötidem Geruche. In den Lungen zeigte sich jedes Athemgeräusch durch das fortgeleitete grossblasige Rasseln überdeckt. Respiration mühsam; Arme und Beine sinken, emporgehoben, fast völlig schlaff herab. Am Morgen war das Gesicht stark verfallen, fast fortwährend floss

eine gelbgrünliche, zuweilen mit dunkleren Streifen vermischte Masse von süsslich widerlichem Geruche aus dem Munde, zeitweise wurden auch grössere Mengen derselben durch schwache Brechbewegungen entleert. Puls klein.

M. T. 41,2 P. 140.

Unter zunehmendem Collapsus erfolgte Mittags 12½ Uhr der Tod.

Autopsie. (Dr. v. Recklinghausen.)

Schädel ziemlich gross und dick, regelmässig, viel spongiose Substanz, beide Oberflächen glatt. Dura kaum verändert, nur ein klein wenig verdickt. Im Sin. longit. wenig geronnenes Blut. Pia etwas verdickt und getrübt, trennt sich schwer von der Rinde, an vielen Stellen nur mit Zerreissung der Hirnsubstanz und zwar besonders an den vorderen Lappen. Auch an der Basis ist die Pia derb und hier schwach geröthet. Seitenventrikel ziemlich stark dilatirt, enthalten ziemlich klare Flüssigkeit; Ependym stark verdickt, auf beiden Corpp. Striat. leicht körnig, ebenso im dritten Ventrikel. Am Seitenrande des linken Ventrikels eine brückenförmige Verwachsung der beiden Flächen. Im ziemlich weiten vierten Ventrikel stark körnige Verdickung des Ependyms. Hirnsubstanz überall ziemlich derb und blass, besonders die weisse. Die Rindensubstanz schmal, zwei Schichten nur schwer erkennbar. Pons schlaff, Medull. obl. dagegen derb; auf dem Durchschnitte des Pons eine ziemlich stark geröthete Stelle.

Die unteren Lappen beider Lungen zeigen eine frische pneumonische Infiltration, ausserdem starkes Oedem.

Auf der Magenschleimhaut kleine Erosionen, in der Mündung des Duct. choled. ein weisser Pfropf. In den übrigen Organen nichts Abnormes.

IV. Beobachtung.

Reese, 44 J., Schuhmacher, bereits 1860 und 1861—62 in der Irren-Abtheilung behandelt, rec. 7. Mai 1864, gest. 25. Mai 1864.

Beginn der Krankheit unter hypochondrischen Erscheinungen; ein Jahr darauf (1861) heitere Exaltation mit Grössendilirium und Sammeltrieb; Remission (bei psych. Schwäche) im Jahre 1862; 1864 Aufnahme wegen angeblicher tobsüchtiger Aufregnng. — Kräftig gebautes, jedoch etwas abgemagertes Individuum von blasser Gesichtsfarbe, ängstlich stupidem Gesichtsausdruck, Pupillen ziemlich eng, die linke etwas weiter als die rechte, reagiren träge auf Lichtreiz. Links leichte Ptosis. Fortwährendes leichtes Zittern der Lippen, stark häsitirende Sprache, starkes Zittern der gerade herausgestreckten Zunge. Händedruck mässig kräftig, Gang oft in Bogenlinie. Hochgradige psychische Schwäche, Patient weiss nicht die Jahreszahl, wie oft er bereits hier gewesen etc.

Im Verlaufe des Mai traten zweimal kurze, nur einige Minuten dauernde Anfälle von Bewusstlosigkeit bei grosser Blässe des Gesichts mit geringen Zuckungen der Gesichtsmuskeln und Extremitäten ein; ich übergehe dieselben, da die Temperatur nicht genauer bestimmt wurde.

22. Mai. In der Nacht ruhig geschlafen, ist aufgestanden, sehr gesprächig, ganz wohl.

Anfall.

24. Mai. Heute früh wird Patient plötzlich blass, aschfarben, es zeigen sich leichte Zuckungen in den Extremitäten. Er wird bewusstlos, gleitet vom Stuhle

herab und wird in's Bett gelegt; dort nimmt er eine leicht nach links geneigte Rückenlage ein, der Kopf ist nach links gedreht, die Muskeln der linken Seite des Halses und des linken Arms machen leichte Zuckungen, das linke Bein ist im Knie gebeugt und zeigen sich unregelmässige Zuckungen einzelner Muskeln, besonders der Adductoren und des Gastrocnemius. Der Mund ist halb geöffnet, geringe Beweglichkeit des Unterkiefers; die Pupillen zeigen gegen früher keine Veränderung (linke etwas weiter als die rechte), die Bulbi sind nach links oben gerollt. Das Gesicht ist blass, beide Hälften zeigen keinen Unterschied in der Injection der Haut oder in Betreff der Füllung der Temporalarterien, jedoch fühlt sich der Kopf wärmer an als die Extremitäten, von welchen jedoch die linke Unterextremität etwas wärmer zu sein scheint als die rechte. — Respiration sehr unregelmässig, bei jeder Inspiration starkes Trachealrasseln. Herzcontractionen von verschiedener Stärke.

M. T. 37,9 P. 112–120.

Während des Anfalls fährt Patient oft mit der rechten Hand über den Kopf und legt sie dann unter diesen. Vollständige Bewusstlosigkeit. Die Zuckungen dauern 45 Minuten. Darauf folgt soporöser Zustand mit starkem Stertor.

12 Uhr: T. 38,5 P. 96—100.

1 Uhr. Es stellen sich die früheren linksseitigen Zuckungen ein und ist jetzt der linke Mundwinkel stark nach oben verzogen. Dauer dieser Zuckungen etwa 5 Minuten.

Gegen 2 Uhr wiederum leickte linksseitige Zuckungen von 3–4 Min. Dauer.

5 Uhr. Derselbe soporöse Zustand, beginnende Cyanose des Gesichts, starke Cyanose des Zahnfleisches. Die Auscultation ergibt überall lautes Rasseln, besonders rechts hinten. Dämpfung nicht nachweisbar. Bei jeder Expiration werden die Backen aufgeblasen. Zuweilen Singultus.

T. 38,7 P. 112.

Trockene Schröpfköpfe auf die Brust.

25. Mai. Zunahme der Dyspnoe, der Cyanose. Tiefer Sopor, Mund halb geöffnet, Augen geschlossen, Pupillen wie sonst. Urin und Koth hat Patient unter sich gelassen. Links hinten unten mässige Dämpfung, über den ganzen Thorax Rasseln hörbar. Foetor ex ore.

9 Uhr: T. 39,5 P. 124.

Trockene Sehröpfköpfe, Vesicator.

5 Uhr: T. 41,3 P. 136 u. 144.

Um 9 Uhr Abends erfolgte der Tod.

Autopsie.

Schädel von regelmässiger ovaler Form, Pfeil- und Kranznath verstrichen; Schädeldecke mässig dick, Diploë wenig entwickelt, dagegen an der Oberfläche des Schädels zahlreiche kleine Gefässe. Rechts von der Mitte des Stirnbeins, etwa $2\frac{1}{2}''$ über dem Orbitalrande, befindet sich eine flache, kirschkerngrosse, etwas prominente Knochenparthie. Im Sinus longit. ein lockeres Gerinnsel mit wenig Speckhaut. Dura mässig dick, Gefässe ziemlich stark mit Blut gefüllt. Pia an der Convexität beider Hemisphären stark ödematös, längs den Gefässen verdickt, weisslich; an den vorderen und hinteren Abschnitten der Hemisphären und an der Basis ist die Pia durchsichtig, ohne Veränderung. Gefässe an der Basis ohne Veränderung. Die Pia lässt sich ziemlich leicht von der Hirnoberfläche abziehen, ist etwas zerreisslich. Ein Gyrus am inneren Rande der rechten Hemisphäre an der Grenze

zwischen dem vorderen und mittleren Drittheil liegt etwa 3''' tiefer als die übrige Oberfläche und hier ist das Oedem am stärksten entwickelt. Im Allgemeinen sind die Gyri ziemlich breit, die Furchen, ausser an der erwähnten Stelle, ziemlich schmal. Ventrikel mässig weit, die Substanz des Grosshirns zeigt gute Consistenz, ist ziemlich blutreich, feucht. An dem deprimirten Gyrus ist die graue Substanz ziemlich ebenso breit entwickelt, als sonst, auch sind besondere Veränderungen des Gewebes nicht wahrzunehmen. Das Ependym der Ventrikel etwas verdickt, granulirt, an der hinteren Commissur der Sehhügel stärker entwickelte, 1''' hoch sich erhebende, durchscheinende papilläre Wucherungen. Die Gland. pin. zeigt sehr grosse gelbe, feste Concremente, der Oberwurm eine auffallend breite Entwickelung und bildet einen keilförmigen mittleren Lappen mit der Spitze nach hinten und der Basis nach vorn; die Breite desselben vorn beträgt 1¼''. Die Höhle des 4. Ventrikels klein, stark granulirtes Ependym. Die Substanz des Kleinhirns bietet nichts Besonderes.

Bei Eröffnung der linken Pleurahöhle entleert sich eine ziemlich klare, rothgelbe Flüssigkeit von etwa 8 Unzen; etwas weniger im rechten Pleurasack. Die beiden Platten des Herzbeutels vollständig mit einander verwachsen; in beiden Herzhöhlen ziemlich viel flüssiges Blut, sonst nichts Besonderes am Herzen. Der ganze linke untere Lungenlappen luftleer, besteht aus einem derben, graurothen, an einigen Stellen gelblich-rothem Gewebe. Die Schnittfläche im Ganzen glatt, aus den Durchschnitten der feinen Bronchieen entleert sich gelblich eitrige Flüssigkeit. Rechts auf der Pleura des unteren Lappens Fibrinbeschläge. Der untere Lappen zeigt ebenfalls ein ziemlich derbes, doch noch etwas lufthaltiges, ödematöses Gewebe; aus dem Durchschnitte der Bronchien entleert sich hier eine mehr dünnflüssige, jedoch trübe Flüssigkeit. Die oberen Lappen der Lunge sind frei. — Schilddrüse ziemlich gross, besonders die Seitenlappen, die bis zum oberen Rande des Schildknorpels ragen; in dem einen Lappen eine kirschgrosse, mit glasigem Inhalte erfüllte Cyste, im Uebrigen ist das Gewebe gleichmässig grauroth, etwas derb. — Am Kopfe des linken Nebenhodens eine Cyste, ziemlich starke Ausdehnung des venösen Plexus am Samenstrange; in der Scheidenhaut, nahe am Nebenhoden, ein erbsengrosser, unregelmässiger, sehr derber weisser Tumor. — Am Rückenmark ist die hintere Fläche der Dura mit der Pia durch vielfache Adhäsionen, die siemlich leicht zu trennen sind, verbunden. Die Pia selbst verdickt, besonders im unteren Brusttheile, wo starke leistenartige Züge hervorspringen. An der Vorderfläche finden sich keine Adhäsionen mit der Dura und ist die Pia zart und durchsichtig.

V. Beobachtung.

Wesche, 36 Jahr, Vergolder, rec. 6. Januar 1860, gestorben 11. März 1860.

Patient ist ein grosses, schlankes, etwas abgemagertes Individuum von schmutziger Farbe der äussern Haut, blassen Schleimhäuten, schlaffer Muskulatur. Rumpf, obere und untere Extremitäten sind stellenweise mit Psoriasflecken bedeckt, zwischen denen einzelne sparsame Pusteln; die Haut an der Nates sich abschilfernd, zum Theil etwas verdickt; jederseits in der reg. inguin. eine Narbe, in der Richtung des lig. Poup. verlaufend, ebenso am linken Trochanter eine Narbe. Inguinaldrüsen vergrössert. Das Frenulum fehlt, eine kleine nicht harte Narbe an der Insertionsstelle desselben in das Präputium, eine kleine weisse Narbe am untern Theile der Raphe. Carvico-Occipitaldrüsen nicht fühlbar, am Phargynx nichts

Besonderes. Respirations- und Circulationsapparat normal. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, ohne auffallendes Zittern, der Gang schwer zu beurtheilen, da Patient gewöhnlich tanzende Bewegungen macht, jedoch schwankt er nicht auffallend dabei und vermag gut von einem Stuhle aufzustehen, ohne sich mit den Händen zu stützen. Mit geschlossenen Augen steht er fest. — Ausgesprochene Dementia, Euphorie, heitere Aufregung und Grössenideen. Das Verhalten des Patienten seit seiner Aufnahme war bis zu dem gleich zu beschreibenden Anfalle unverändert geblieben; vom 6. Januar bis zum 20. Februar hatte er Kal. iodat. (dr. i) ℥Vi 4 mal tägl. 1 Essl. gebraucht, ohne dass die Psoriasisflecke geschwunden wären.

Anfall.

10. März 1860. Morgens gegen $5^{3}/_{4}$ Uhr wird Patient ausserhalb seines Bettes gefunden, ohne Besinnung, krampfhaft schluchzend, mit starren Gliedern, dabei Zuckungen im Gesichte und am Halse. Um $6^{1}/_{4}$ Uhr früh wurde folgender Status von Herrn Dr. Starcke, damaligem Unterarzte auf der Irren-Abtheilung, aufgenommen:

Rückenlage, Gesicht etwas gedunsen, schwach congestionirt. Im Gebiete des ganzen linken Facialis (auch ram. digastr. und Stylohyoid) zucken die betreffenden Muskeln. Levator und Orbicularis spielen wechselseitig, Nictitatio ungemein schnell, der Mund wird in sehr kurzen Intervallen nach links und unten gezogen, der Frontalis zuckt am wenigsten. Die Augen sind ausdruckslos, starr, schwach nach oben gerollt, so dass die obere Hälfte der Cornea vom oberen Augenlid bedeckt ist; keine Lähmung eines Augenmuskels. Iris (bei mässiger Beleuchtung) starr oder schwach reagirend, mässig eng. Vor dem Munde steht dichter Gischt, der fortwährend nach der linken Seite abfliesst. Auf der rechten Seite ein Streif von Blut, welches aus der Mundspalte hervorgedrungen ist. Die Kiefer fest zusammengezogen, nur bei der Inspiration ein wenig geöffnet, so dass man durch die Zahnreihe krampfhafte Zuckungen der Zunge beobachten kann. Anästhesie des ganzen Gesichts bei tiefen Nadelstichen, nur bei Verletzung der Schleimhaut des Septum narium erfolgen schwache Reflexactionen. Die Respiration ist mühsam, starkes Auf- und Absteigen des Kehlkopfes, der Anfang der Inspiration durch ein lautes schluchzendes Geräusch bezeichnet, dann ausgiebige meist scharf abgeschnittene Elevation des Thorax. Am Halse zucken die oberflächlichen Hautmuskeln, besonders linkerseits (bis fast zur dritten Rippe). Am Thorax keine Rasselgeräusche. Die Extremitäten sind starr, bei Stichen auf die Haut derselben erfolgen keine Reflexactionen, bei Stichen in das Septum narium werden sie bewegt; durch Anrufen ist keine Aufmerksamkeit zu erregen; das bei krampfhafter Inspiration vorgehaltene Ammoniak erzeugt Verziehen des Gesichts und Abwenden des Kopfes. P. klein, 96, Resp. unregelmässig, 30—36.

Fast gleicher Zustand um 9 Uhr Vormittags. Die Zuckungen der linken Gesichtshälfte haben sich vermehrt; durch mehrfache Reizungen durch Ammoniak treten plötzlich auch wiederholte Zuckungen der rechten Gesichtsmuskulatur hinzu; ungemein schnelles Schliessen und Oeffnen der Augen, die gleich starr sind; kein Strabismus, Iris starr; Singultus, Puls unregelmässig, 110, Haut trocken.

Um $10^{1}/_{2}$ Uhr werden kleine oberflächliche durchsichtige Hornhautfacetten in der Mitte des unbedeckten Theils der Cornea constatirt. Die Krämpfe der rechten Gesichtsmuskeln haben nachgelassen, die der linken bestehen in gleicher In-

tensität fort. Der Trismus lässt sich durch keinen anhaltenden Druck auf den Unterkiefer überwinden. Die Arme werden durch Vorhalten von Ammoniak veranlasst sich zu erheben, sind ein wenig gebeugt, schwer zu biegen und zu strecken. Singultus, schallende krampfhafte Inspiration, Puls 96, mit grösserer Elevation.

In gleicher Weise bleibt der Zustand des Patienten in den Mittagsstunden, nachdem Sinapismen auf die Waden, Nacken, Brust und Bauch gelegt und sechs Schröpfköpfe in den Nacken gesetzt waren (wenig dunkles Blut); Urin und Koth hat Patient unter sich gelassen, ein später gegebenes Clysma behält er nicht bei sich. Die Facettirung der Cornea ist fortgeschritten, die oberste Schicht derselben uneben, das Licht unregelmässig brechend, durch Anfeuchtung leicht durchsichtig zu machen; die Cornea ist dabei vollständig anästhetisch. Schliessen der Augen durch Druckverband.

Nachmittags 4 Uhr. Oberflächliche Respiration mit schallender Inspiration, schwaches Schluchzen. Die Zuckungen ganz isolirt auf Zygomatici und Depress. angul. oris beschränkt, seltener das Platysma mit betroffen. Fortdauernder Trismus. Zunge zittert hinter den geschlossenen Kiefern. Die Augen haben sich unter dem Druckverbande ein wenig geöffnet, entsprechend der Spalte Fortschritt der Trübung und Austrocknung der oberflächlichen Schicht. Das Gesicht mehr gedunsen, Conj. palpebr. injicirt. Eisblase auf den Kopf. Nadelstiche bringen auch auf das Sept. nar. applicirt keine Reflexbewegungen mehr hervor. Keine Lähmungserseheinungen der Extremitäten. Speichel fortwährend sprudelnd durch die Exspiration hervorgetrieben.

Nachmittags 6 Uhr. Die Zuckungen des linken Mundwinkels wenig ausgiebig, mehr oscillirend, ebenso am Depressor. In der Trachea einzelne Rasselgeräusche, Respiration wie früher, Patient schluckt nicht.

Abends 8 Uhr. Der Mund ist nach links hin verzogen und die Zuckungen des linken Mundwinkels bestehen in gleicher Weise fort, rechte Nasolablosialfalte verstrichen. Trismus besteht fort. Singultus ganz fehlend. Reichliche Rasselgeräusche in der Trachea und den grösseren Bronchien. Keine Spur von Reaction gegen Nadelstiche; die Arme können ohne Widerstand gehoben werden und fallen dann schlaff herab, rechts ausgesprochener als links. Beine nicht gelähmt, bleiben in gebeugter Stellung, das rechte über das linke geschlagen.

Abends 9 Uhr. Die Rasselgeräusche haben zugenommen, schnelle oberflächliche Respiration abwechselnd mit seltener krampfhafter tiefer Inspiration. Die Cornea lässt sich in Falten drücken. Aderlass von ℥iV.; das Blut ist dunkel, fast schwarz, fliesst sehr schwer aus, auch beim Streicheu der Venen.

Abends 10³/₄ Uhr. Zunahme des Lungenödemes, Puls an der Radialis nicht zu zählen, filiform, Haut des ganzen Rumpfes heiss, Extremitäten kühl.

11. März früh 4 Uhr erfolgt der Tod. —

Temperatur, Puls und Respiration während des Anfalles verhielten sich folgendermassen:

10. März Nachmittags 4½ Uhr:	. . . . .	T. 39,5	P. 132—136	
Abends 8 „	. . . . .	T. 40,7	P. 168—174	R. 44
„ 8¾ „	. . . . .	T. 40,8	P. 180	
„ 10½ „	. . . . .	T. 40,8	P. —	
„ 12¼ „	. . . . .	T. 40,9	P. —	

Die Autopsie wurde mir im Anatomiegebäude, wohin der Leichnam für Präparirübungen bestimmt war, gestattet. Es fand sich eine leichte Trübung der

Pia cerebr. längs der Sulci mit stärkerer Durchfeuchtung und exquisites Lungenödem ohne alle pneumonische Heerde. Die übrigen Organe boten nichts Abnormes, das Rückenmark konnte nicht untersucht werden.

VI. Beobachtung.

Schurich, rec. 4. Juli 1862, entlassen den 12. Juli 1862.

Ueber den Beginn der Krankheit ist wenig bekannt. Bei der Aufnahme mässige Aufregung und ausgebildeter Grössenwahn.

Patient ist ein mässig grosser, sehr hagerer Mann mit welker Haut; die Farbe der Haut und der sichtbaren Schleimhäute sehr blass. Pupillen ungleich gross, die rechte bedeutend weiter und von trägerer Reaction, das Gesicht zeigt den Ausdruck heiterer Gutmüthigkeit. Respirations- und Cirsulationsapparat bieten nichts Abnormes Die Zunge zittert beim Herausstecken, die Sprache ist mitunter, jedoch nur in geringem Grade, häsitirend; auch ein leichtes Zittern der Hände lässt sich constatiren. Neigung zur Obstipation.

Die zu Anfange bestehende leichte Aufregung schwand bald; er zeigt eine dauernde harmlose Gutmüthigkeit und Sorglosigkeit. Mit der Zeit nahm der Stumpfsinn zu; er wurde vergesslicher, die Kraft verfiel zusehends und es trat eine ausgesprochene Stehlsucht hervor.

Anfall.

Am 9. November 1861 bald nach dem Mittagsessen (etwa gegen 2 Uhr) ward Patient, angeblich nach Mittheilung einer erfreulichen Nachricht, plötzlich blass und sank, bevor er sein Bett erreichen konnte, bewusstlos in die Kniee. Dabei war der Kopf nach rechts gedreht, Arme und Beine schlaff, Convulsionen fehlten. Abends 6 Uhr zeigte sich folgender Zustand: Patient liegt apathisch da, dreht sich jedoch auf Aufforderung selbst um, klagt auf Befragen über Hitze und dass es ihn „so überläuft". Von Zeit zu Zeit Zittern des Körpers. Mund nach rechts verzogen, besonders beim Lachen bemerkbar, linke Augenbraue und linker Mundwinkel tiefer stehend als rechts. Die Zunge wird nur unter starken seitlichen Schwingungen hervorgestreckt und ist mässig belegt; Sprache etwas häsitirend. Die Sensibilität ist auf der ganzen linken Seite stark herabgesetzt, ebenso die Bewegungsfähigkeit der linken Extremität Der linke Arm, der zugleich im Ellenbogengelenk contracturirt, kann nur unter Beschreibung eines grossen Bogens gehoben, das linke Bein nur mit dem Arm zugleich bewegt werden.

Abends 6 Uhr: T. 39,2 P. 72.
Abends 8 Uhr: T. 39,8 P. 68.

Grössere Apathie, Augen halb geschlossen.

Abends 11 Uhr: T 40,0 P. 68.

Puls sehr klein.

10. November Morgens 7 Uhr: Sopor, stertoröse Respiration, Augen geschlossen, der halbgeöffnete Kiefer macht kauende Bewegungen. Die Pupillen reagiren, Sensibilität etwas besser, da Patient bei Stichen in das linke Bein das rechte schützend darüber schiebt; die rechte Hand klopft oft anhaltend auf die Brust. Kalter Umschlag auf den Kopf.

T. 40,8 P. 68.

½10 Uhr: Die Untersuchung des Thorax ergibt in beiden Lungenspitzen vesiculäres Athmen, links etwas stärker als rechts, hinten gleichfalls überall vesi-

culäres Athmen, nirgends Rasselgeräusche, Percussionsschall überall normal, 48 Respirationen. Ruhige Rückenlage; beim Aufrichten fällt der Kopf schlaff nach hinten über und ist eine Neigung des Körpers nach links zu fallen bemerklich. Bei jeder Inspiration geht der Unterkiefer abwärts und etwas nach links, während überhaupt der Mund immer halb geöffnet ist. Zunge und Zähne mit braunem Beleg. Die Augen nach rechts gerollt, rechte Pupille um etwas grösser als die linke, die rechte Oberlippe ist etwas über die Zähne emporgezogen. Kitzeln der Fusssohle erzeugt links nur ein geringes Muskelspielen, rechts sofortiges Zurückschnellen des ganzen Beines. Patient antwortet nicht, scheint nicht zu hören, streckt nicht die Zunge heraus.

12 Uhr:	T. 41,0	P. 64.
Abends 6 Uhr:	T. 40,8	P. 68.
„ 11½ Uhr:	T. 40,6	P. 64.

Application des Katheters.

11. November Morgens 7 Uhr: Patient antwortet auf die Frage, wie es ihm gehe, „gut". Die Sensibilität hat links zu-, rechts abgenommen. Rechte Pupille bedeutend weiter; rechts kräftiger Händedruck, links derselbe unmöglich, an der rechten wie an der linken Unterextremität die Reflexerregbarkeit sehr vermindert. Die Zunge wird gerade, ohne starkes Zittern herausgestreckt. Das Bewusstsein kehrt zurück.

T. 40,4 P. 60.

Abends 6 Uhr: Die Augen sind geöffnet, leichte Ptosis der oberen Lider. Sensibilität noch sehr stumpf. Patient erkennt Personen, ist aber noch sehr unbesinnlich.

T. 39,4 P. 60.

10 Uhr Abends: Rechte Pupille relativ enger. Die Lähmungserscheinungen sind im Abnehmen. Patient spricht etwas, aber ganz verwirrt, die Sprache ist sehr stotternd und undeutlich.

T. 39,0 P. 64.

12. November Morgens 8 Uhr: Patient kann stehen, sinkt aber sehr bald in die Kniee; beim Gehen fällt er nach rechts hinüber. Redet viel verwirrt; er sei nicht krank gewesen, habe nur geschlafen, sei auch so eben gar nicht umgefallen, das komme bei ihm nicht vor.

T. 37,2 P. 60.

12 Uhr Mittags: Grösseste Euphorie. Obgleich er meint, sehr gut uriniren zu können, ist die Anwendung des Catheters nothwendig. Er behauptet, unter dem Bette eine Menge kleiner Töpfchen stehen zu haben, die er dabei unterhalte, weshalb man nichts sähe.

Abends 6 Uhr: Delirirt viel, versucht aufzustehen und den Brustriemen zu zerreissen.

T. 37,1 P. 68.

13. November Morgens: Grosse Euphorie, lacht viel, verwirrte Reden. Die Prüfung der Sensibilität ist sehr schwer, da der Patient beliebige Antworten gibt und vielfache willkührliche Bewegungen macht. Später indess schienen seine Angaben sicherer und konnte man daraus auf bessere Sensibilität linkerseits schliessen. Bei genauerer Untersuchung der Pupillen zeigt sich, dass die linke bei schwachem Lichte viel stärker dilatirt ist, während bei stärkerer Beleuchtung die rechte weiter ist. Es ergibt sich daraus, dass die Reaction der rechten überhaupt träger ist.

T. 37,1 P. 68.

Abends: Patient versucht sich aus dem Bette loszumachen und spricht immer durcheinander.

T. 37,5 P. 60.

14. November. Beginnt sicher zu gehen und wird ruhiger und klarer.

Von nun an machte die Besserung rasche Fortschritte und am 20. November bewegte er sich schon wieder wie früher mit den übrigen Kranken. Temperatur und Puls blieben gleihhmässig normal. Im Verlaufe des December trat noch hin und wieder Neigung zum Entwenden und zu Zänkereien hervor, während Patient sich sonst verständig betrug und fleissig arbeitete. Später schwanden auch die zu dieser Zeit noch festgehaltenen Wahnvorstellungen mehr und mehr, es konnte keine merkliche Abnahme der Intelligenz und des Gedächtnisses mehr constatirt werden. Patient wurde am 12. Juli 1862 entlassen. Die einzigen fortbestehenden Reste der Lähmung waren die Erweiterung der rechten Pupille und eine leichte Ptosis des rechten obern Augenlides; sonst weder in Zunge noch oberen und unteren Extremitäten eine Spur von Parese mehr erkennbar.

VII. Beobachtung.

C. W., 26 Jahre alt, Gymnasiallehrer; rec. 16. Juni 1864, gest. 13. Nov. 1864.

Keine hereditäre Anlage, als Student Excesse in Baccho et Venere. Im Jahre 1863 nervös erregt und reizbar, im Frühjahr 1864 unmotivirter Heirathsantrag, zugleich aufgeregter, gesprächiger, wird oft für betrunken gehalten, zeigt sich cynisch, macht Unfug in der Classe, soll auch zu dieser Zeit einen „Schlaganfall“ gehabt haben.

Juni. Mittelgrosser, kräftiger Mann von stupidem Gesichtsausdruck. Auf dem rechten Scheitelbein zwei etwa 2" lange, parallel verlaufende Narben, eine dritte auf der Stirn an der Grenze des Haarwuchses und eine vierte (mit Ausstossung von Knochenstücken nach Angabe des Patienten geheilte) ebendaselbst von strahliger Beschaffenheit. Sämmtliche Narben rühren von Duellwunden her (Säbelhiebe). Gang sicher, ebenso Stehen mit geschlossenen Augen, keine Störungen der Sensibilität, Sprache langsam, schwerfällig, stellenweise leicht anstossend, Lippen zitternd. Sonst nichts Besonderes ausser einer linhsseitigen Bubonarbe. Ungenirtes, rücksichtsloses, unbekümmertes Wesen, lässt die Beine zum Fenster hinaushängen, springt auf die Tische, pfeift; grosse Stupidität und Gedächtnisschwäche, Indifferenz gegen seinen Aufenthalt, einzelne kindische, wechselnde, zusammenhangslose Grössenideen. Gegen Ende des Monats öfter alberne Fluchtversuche, geringe motor. Aufregung, geht viel auf und ab. Die linke Pupille zeigt sich etwas weiter als die rechte.

Juli. Im Ganzen ruhig und indifferent, hält sich für ganz gesund, will Hochzeit machen. Ernährung nimmt zu.

August. Kann oft nicht schreiben wegen Zitterns der rechten Hand, ist zuweilen ganz verwirrt. Das Stammeln nimmt auffallend zu, klagt oft, dass er sich benommen im Kopfe fühle, könne keine Gedanken fassen. Keine äusseren Zeichen von Congestion. P. 72. In den letzten Tagen heiter exaltirt, feiert seine Verlobung. Starker Sammeltrieb.

September. Erhält Kal. iodat. (dr. β.) ℥Vi 4 Mal 1 Essl. Gegen Mitte des Monats geringe Besserung, spricht zusammenhängender; indess zeigt sich am Ende des Monats Zunahme der psych. Schwäche, dabei Fehlen eigentlicher Grössenideen,

spricht sich sogar bis zu einem gewissen Grade darüber aus, dass er sich „fixe Ideen“ gemacht habe.

Anfall.

October. Hatte am 11. und 12. einen vorübergehenden Anfall von Schwindel, Benommenheit und Sprachlosigkeit, konnte sich nicht gut auf den Beinen halten, fühlte auch die Arme matt, sah bleich aus und hatte einen kleinen Puls. Erholt sich bald wieder, ist aber im Ganzen stumpfer und schwächer. Am 19 Abends Zittern des rechten Arms.

November. Bis zum 10. blieb das Befinden wie früher.

Anfall.

10. November. Als Patient heute Nachmittag vom Garten heraufkam (etwas vor 5 Uhr), blieb er plötzlich auf der Treppe stehen, lehnte sich an die Wand und sank allmälig zu Bodeu. Gleich darauf verfiel der ganze Körper in Convulsionen, die etwa 8 Minuten gedauert haben sollen. Von da ab trat eine tetanische Steifheit der unteren Extremitäten ein, während die Arme im Ellenbogengelenk im rechten Winkel gebeugt und contracturirt waren. Von Zeit zu Zeit befiel den ganzen Körper Zittern, das namentlich an den Beinen heftig wurde. Um den Mund herum fortwährende Zuckungen, die etwa eine Stunde anhielten. Das Bewusstsein war in der ersten halben Stunde unmittelbar nach Beginn des Anfalls zwar getrübt, doch beantwortete Patient Fragen, ob er den Arzt kenne, ob ihm das Sprechen schwer würde, mit Ja, zeigte auch auf Verlangen die stark zitternde Zunge. Nach Verlauf der ersten halben Stunde jedoch schwand das Bewusstsein fast ganz, so dass er keine Frage beantwortete, auch auf Kneifen fast gar nicht reagirte. Die Respiration war zuerst gleichmässig beschleunigt (72) und es sammelte sich Schaum vor dem Munde an; bald darauf nahm das Athmen einen andern sehr ausgesprochenen Typus an, indem stets einer sehr kurzen, oberflächlichen Inspiration eine sehr lange, schnarchende Expiration und dann langer Stillstand folgte.

T. A. 5 Uhr 38,0 in ano (unmittelbar nach dem Anfall).
11 „ 40,5 in axilla.

Ord.: Hinter jedes Ohr vier Blutegel, Eiskappe.

11. November. Während der Nacht hat Patient ruhig, ohne Bewusstsein gelegen, nur einige Male das vorhin erwähnte Zittern im ganzen Körper bekommen. Morgens 9 Uhr ergab die Untersuchung Folgendes: Am Thorax links hinten unten laute, scharfe Inspiration, schwach bronchiale Expiration, oben vesiculäres Athmen; rechts hinten unten ist die Inspiration durch dumpfes Rasseln verdeckt, Expiration schwach bronchial. Die Percussiou ergibt daselbst einen etwas tympanitischen Schall, jedoch nirgends deutliche Dämpfung; die Untersuchung ist übrigens durch die erzwungene Haltung des Rumpfs sehr erschwert. Vorn vesicul. Athmen. Die Respiration zeigt einen (an das Stoke'sche Symptom erinnernden) eigenthümlichen Rhythmus: 5 bis 7 schnell auf einander folgende Respirationen unter Thätigkeit der accessorischen Muskeln, Spielen der Nasenflügel bei der Inspiration und stark schnaufende Expiration mit Aufblasen der Backen; danach erfolgt vollständiger Stillstand der Respiration während etwa 10 Secunden und länger, worauf sich dasselbe Spiel wiederholt. Husten ist nicht vorhanden. — Mund und Augen sind geschlossen, vollkommene Bewusstlosigkeit, keine Reaction auf Kneifen. Die Bulbi bewegen sich fortwährend rhythmisch, pendelartig von rechts nach links und zwar ziemlich gleichmässig, indessen leitet jedesmal das nach Aussen gehende Auge die Bewegung ein. Zuweilen wird der Weg durch die Lidspalte von den Bulbis nur

halb vollendet, indem sie an irgend einer Stelle stehen bleiben, um bald darauf von Neuem sich pendelartig zu bewegen. Zum Rhythmus der Respiration scheint die Bewegung in keinem bestimmten Verhältnisse zu stehen, obwohl es manchmal den Anschein gewinnt. Von den Pupillen ist die rechte um ein Geringes weiter, beide haben im Verhältniss zur Beleuchtung eine mittlere Weite. — Im Ellenbogengelenk beiderseits leichte Contractur, die Vorderarme im rechten Winkel gebeugt. Die unteren Extremitäten sind immer noch tetanisch steif und fest gegen das Fussbrett des Bettes gestemmt, lassen sich durchaus nicht flectiren; die Füsse befinden sich in starker Extensions-Stellung. Beim Kitzeln der Fusssohle finden kaum einige leichte Reflexzuckungen statt, ebenso bei Nadelstichen in die Fusssohle; von den oberen Extremitäten und vom Rumpfe aus erfolgen gar keine Reflexbewegungen.

Der Unterleib ist stark tympanitisch aufgetrieben, Blase mässig gefüllt; der mit dem Catheter abgelassene Urin zeigt einen ziemlich bedeutenden Eiweissgehalt,*) keinen Zucker, starke Ausscheidung harnsaurer Salze. Stuhlgang ist nicht dagewesen; in der Nacht soll Patient dunkel gefärbte Massen erbrochen haben, die zum grossen Theil Speisereste enthielten. — Puls klein.

M. T. 39,9 in axilla P. 136.

Am Nachmittage war die Respiration ruhiger und gleichmässiger, Patient bot während einiger Stunden den Anblick eines ruhig Schlafenden. Später wurde das Athmen wieder unregelmässiger, mit kurzen In- und langen Expirationen. Die Untersuchung ergibt im linken unteren Lungenlappen deutlich bronchiales Athmen ohne Rasseln, an allen übrigen Stellen resiculäres Athmen.

A. 5 Uhr. T. 39,5 in axilla P. 136.

Abends 11 Uhr ist die Respiration wieder gleichmässiger (40), doch plötzlich, als ein allgemeines Zittern den ganzen Körper durchbebt, wird sie wieder ungleichmässig, schneller, schnarchend (60).

Abends 11 Uhr. T. 39,4 in axill.

12. November. Früh Morgens um 4 Uhr ein heftiger epileptiformer Anfall, wobei der Oberkörper sich nach rechts gebeugt haben und die Extremitäten in heftige Zuckungen gerathen sein sollen. Dauer des Anfalls 8 Minuten.

Um 8 Uhr Morgens ein neuer heftiger Anfall, während die Zwischenzeit von kleineren, schwächeren Zuckungen ausgefüllt war. Während des Tages wiederholen sich die starken Anfälle noch viermal, doch blieb der Körper von schwachen, bald hier bald da auftretenden Zuckungen nicht frei. Die Augen weit geöffnet, die Bulbi setzen ihre pendelartige Bewegung zwar fort, aber unregelmässiger als gestern; der Kopf ist nach rechts gebeugt. Die Contracturen in den Armen sind nicht mehr vorhanden. Die Untersuchung des Thorax ergibt rechts hinten unten Dämpfung und bronchiales Athmen, links hinten unten vesiculäre In- und bronchiale Expiration.

T. M. 38,5 in ano P. 120
A. 40,2 " P. 120

13. November. Die stärkeren Anfälle sind ausgeblieben, doch erschüttern fast ununterbrochen kleine Zuckungen den Körper. Patient sieht heut noch blasser

*) Derselbe ist wohl nur auf eine mit dem fieberhaften Zustande in Zusammenhang stehende Störung der Nierenfunction zurückzuführen, da weder die Erscheinungen während des Lebens noch die Section auf eine frühere Nierenerkrankung hinweisen; es braucht wohl nicht erst hervorgehoben zu werden, dass der Anfall selbst nicht als ein urämischer aufzufassen ist. — Ich habe in andern epileptiformen Anfällen den Harn oft untersucht, aber mit negativem Resultate.

aus als an den vorigen Tagen, Wangen, Hände und Arme kühl. Puls fast fadenförmig. Vesicator auf die Brust.

M. T. 39,8 in ano P. 120.

Mittags Puls wieder besser, Wangen und Extremitäten wärmer.

A. T. 38,5 in ano P. 120.

Abends 10 Uhr traten neue Krampfanfälle auf und um 11¼ Uhr erfolgte der Tod.

Autopsie.

Gut und kräftig gebauter Mann. In der Stirngegend, einmal an der Haargrenze und dann am rechten Augenbrauenbogen, zwei Narben, von denen die erste breit, die zweite linienförmig; eine linienförmige an den behaarten Theilen; entsprechend der Narbe an der Haargrenze eine rundliche Vertiefung im Scheitelbeine, wo das Gewebe der galea fest adhärirt. Eine andere Narbe in der Gegend der vorderen Fontanelle; auf der einen Seite derselben ist eine beträchtliche Verdickung, auf der anderen eine Vertiefung. Das Schädeldach ist ziemlich regelmässig, die Näthe noch offen, die Nathsubstanz blutreich. Auch in der linken vorderen Ecke des rechten Scheitelbeins ist eine Narbe, etwas strahlenförmig mit geringer Vertiefung; auch am tuber parietale eine ähnliche Narbe. Schädeldach dick, schwer, besonders am Stirntheil, Scheitelbeine zeigen wenig Diploe. Der einen Narbe am Scheitelbein entspricht eine Verdickung der Dura; die Dura blutreich, längs des Sinus lorgitudinalis stark verdickt durch ein fein vascularisirtes Gewebe, der Sinus longitudinalis von mässiger Weite, mit viel flüssigem Blute gefüllt, nur in den innern Partien etwas grosse feste Gerinsel. Die Innenfläche der Dura ist auf der linken Seite mit einer feinen Gefässinjection versehen, dasselbe Verhältniss auf der rechten Seite; an der Stirngegend frei, gleichzeitig sind die Flächen feucht. Die Pia in grosser Ausdehnung getrübt, am stärksten in der Scheitelgegend, besonders links, die eingelagerten Massen gelblich, dick und derbe; die venösen Gefässe etwas weit, prall gefüllt, von etwas gewundenem Verlaufe. Unter dem Tentorium viel klare Flüssigkeit. Die Sinus an der Schädelbasis enthalten viel dunkles flüssiges Blut; die Carotiden ziemlich gefüllt mit schwach geronnenem Blut. An der Schädelbasis besteht ein ziemlich regelmässiges Verhältniss der Knochen, nur die Sattellehne etwas unregelmässig, der proc. clinoid. sin. abgeflacht, breit, der dexter etwas prominent. An der Basis schwache Verdickung der Pia, besonders am Pons. Auch die grossen arteriellen Gefässe an der Basis gefüllt, regelmässig entwickelt. Das Gehirn ist regelmässig, die Grosshirnhälften platten sich etwas ab; am Sulcus transvers. befinden sich partielle Verschmelzungen, der Balken selbst auffallend stark vorgewölbt; die Pia ist derbe, löst sich leicht von der Oberfläche des Grosshirns ab, nur in der Tiefe der Furche bietet sie grössern Widerstand, ohne jedoch beim Abziehen die Gehirn-Oberfläche zu lädiren. Die Oberfläche des Grosshirns ist äusserlich stark geröthet, vorzüglich in der Mitte der Gyri, am bedeutendsten am Hinterlappen, fast cyanotisch. Die Gyri des Grosshirns sind mannigfaltig gebildet aber sehr schmal, und die Sulci breit; das Verhältniss der Gyri in den einzelnen Abtheilungen ziemlich normal, die Entwickelung derselben auf beiden Seiten gleichmässig. In den Seitenventrikeln ist viel klare Flüssigkeit, sie sind sehr erweitert, besonders die Hinter- und Vorderhörner; das Foramen Monroi ist enger als normal. Die Oberfläche des Ventrikels leicht verdickt, das Ependym von feinkörniger Beschaffenheit; am Plexus choroides und Velum leicht verdickte Stellen; Commissura mollis erhalten. Die Zirbel gross,

haftet an ihrer Spitze sehr fest an, von derber Consistenz, im Innern von fast sehniger Beschaffenheit mit einigem Pigment, ohne fühlbaren Sand. Alle Hirntheile fest, zähe, lederartig, aber schlaff. Die weisse Substanz des Grosshirns ist mit flüssigem Blute durchsetzt, die Rinde schmal und zeigt auf den Durchschnitt starke diffuse Röthung, die graue Substanz des Streifenhügels stärker, von etwas fleckiger Röthung; der Thalamus zeigt nur in den grösseren Gefässen Blut. Auch die Substanz dieser Theile ist fast knorpelartig beim Schneiden. Das Kleinhirn voluminös, etwas schlaffer. Der IV. Ventrikel weit, mit stark entwickeltem blutreichen Plexus choroides post. Die untere Fläche mit verdicktem Ependym, besonders am Umfange des Thalamus. Die Striae acusticae äusserst schwach. Die Substanz des Kleinhirns weniger blutreich als die des Grosshirns; die Rinde etwas dunkel gefärbt; Pons klein, graue Substanz sehr blutreich in der Mittellinie und den höher gelegenen Theilen, während die Centra der beiden Hälften frei sind. Die Medulla oblongata derb, der Olivenkern scharf gezeichnet, hintere Seitenstränge diffus geröthet. — Panniculus adip. stark entwickelt, auf dem Peritonäum dickes Fettlager. Muskeln dunkel, mit Fett durchwachsen, weich; die 1. Rippe verknöchert. Pleura frei, Lungen retrahiren sich, sind wenig pigmentirt, von blassrosiger Farbe; das Herz von mässiger Grösse; in beiden Ventrikeln flüssiges Blut, rechts wenig faserstoffige Gerinsel von sehr feuchter Beschaffenheit, etwas gelblicher Farbe, Muskulatur des Herzens schlaff, sonst gut, links abnorme Sehnenfäden, Aorta schmal, misst über den Klappen nur $2^1/_8$"; Klappen ohne Fehler. — Die linke Lunge ist am hinteren Rande nur an ein Paar Stellen des Oberlappens adhärent, die rechte frei. Letztere ist von mittlerem Umfang, der untere Lappen dunkelblau, schwer, schlaff, am oberen sind Veränderungen derselben Art, doch in geringerem Umfange bemerkbar, lässt sich vollständig aufblasen. Die linke Lunge zeigt nur am oberen Lappen einige beschränkte Stellen von ähnlicher Beschaffenheit mit starker Einziehung der Oberfläche. Der untere Lappen der rechten Lunge blutreich, Bronchien enthalten viel dünne Flüssigkeit; Parenchym von guter Beschaffenheit. In den eingesunkenen Partieen des oberen Lappens eine Gruppe stecknadelknopf- bis linsengrosser Knötchen von grauer und gelber Farbe; der zuführende Bronchus weit, dünnwandig und endet blind an einem solchen Knoten; die Spitze der Lunge ist frei; Bronchialschleimhaut sehr geröthet. In der linken Lunge an der entsprechenden Stelle umfangreiche käsige Knoten, weiter darüber ein keilförmiger Knoten von der Grösse eines kleinen Apfels mit schiefrigem Gewebe, von zahlreichen mit käsigen Massen besetzten Knoten durchzogen; in der Mitte eine kirschgrosse Höhle mit käsigen Massen gefüllt, mit dem Bronchus communicirend; sehr starke Röthung der Bronchien; der untere Lappen sehr blutreich.

Milz klein, schlaff, Pulpa trocken, bräunlich, Follikel kaum zu sehen; Netz fettreich, ebenso die Umgebung der Nieren, Nebennieren gut entwickelt; die linke Niere schlaff, Kapsel leicht trennbar, Oberfläche glatt, mit injicirten Venenstämmen; Parenchym von gutem Aussehen, nur die geraden Harnkanäle etwas dicht und weiss. Das Cöcum stark durch Gas ausgedehnt. Die rechte Niere kleiner; Parenchym normal. Leber klein, schlaff, Acini klein, undeutlich, mehr röthliche und nicht fettige peripherische Stellen abwechselnd, ohne deutliche Sonderung. Magenschleimhaut dick, diffus geröthet. Harnblase enthält viel dunklen klaren Harn; Schleimhaut blass.

VIII. Beobachtung.

Herz, Kaufmann, Rec. 28. November 1861, gest. 26. März 1862.

Kleines, kräftiges, untersetzt gebautes Individuum, gute Ernährung. Allgemeine Abnahme der Intelligenz, namentlich grosse Gedächtnissschwäche, Trägheit und Indifferenz, darauf mehr ein Zustand heitrer Euphorie.

Anfall.

22. März 1862, Vormittags 11 Uhr trat plötzlich ein Anfall allgemeiner Convulsionen auf, angeblich mit vorwiegender Betheiligung der rechten Körperhälfte, der Anfall dauert etwa 1/4 Stunde. Gleich nach dem Anfall constatirt man Folgendes: Rückenlage, Augen nach rechts gerichtet, rechte Pupille weiter, beide reagiren schlecht. Reaction auf Nadelstiche erfolgt etwas lamgsam, Respiration mühsam, nicht beschleunigt. Puls klein, frequent.

T. 11¼ Uhr 37,8.

Nach ca. 15 Minuten beginnt ein neuer Anfall: der Kopf wird nach rechts gedreht, der Mund nach derselben Seite gezogen, die Augen ad Maximum nach rechts gerollt, in beiden Extremitäten der rechten Seite treten Zuckungen auf. Darauf beginnt die linke Seite sich ganz in derselben Weise zu betheiligen, nachdem zunächst der Kopf aus der Drehung nach rechts vorübergehend in die gerade Stellung übergegangen ist, und die Augen, welche zuvor kleine oscillirende Bewegungen gemacht haben, nach gerade aus fixirt worden sind; auch die Extremitäten der linken Seite beginnen sich an den Zuckungen zu betheiligen. Nach kurzer Zeit aber hören die Zuckungen rechts auf, um links allein fortzubesteen. Dann geht der Krampf wieder in gleicher Weise auf die rechte Seite über und es wechseln so beide Seiten fortwährend mit einander ab, doch in der Weise, dass die Zuckungen der rechten Seite immer länger andauern als sowohl das Stadium der doppelseitigen wie das der linksseitigen; die Dauer der rechtsseitigen Krämpfe entspricht etwa der der doppelseitigen und linksseitigen zusammengenommen. — Die Respiration ist dabei beschleunigt, keuchend, Schaum sprudelt über die Lippen.

Die beschriebenen Krämpfe dauern in gleicher Weise bis zum Abend fort, nur dass allmälig die rechtsseitigen Zuckungen an Intensität zu verlieren beginnen.

T. 1 Uhr 38,2.
5 „ 38,9.

23. März. Die ganze Nacht hindurch nach dem Berichte der gleiche Zustand. Heut früh nur noch linksseitige Zuckungen, Respiration mühsamer und frequenter. Schaum vor dem Munde, Puls noch kleiner und frequenter. Rechts hinten unten Dämpfung und bronchiales Athmen (6 blutige Schröpfköpfe). Urin muss mit dem Catheter entleert werden; Patient schluckt nicht.

Abends scheint Patient etwas Bewusstsein zu haben, wenigstens folgen die Augen zuweilen den Bewegungen Anderer. Sonst sind sie nach links gerichtet, der Mund nach links verzogen, die Zuckungen dauern links fort. — Die Dämpfung hinten rechts scheint intensiver geworden zu sein.

T. M. 39,4.
A. 39,8.

24. März. Noch immer, wenn auch geringere Zuckungen im linken Arm und im Gebiete des linken Facialis. Der Kopf ist roth und heiss, die Conjunctiva

stark injicirt. Urin wird selbständig entleert, ein Klystier bewirkt Stuhl. Auch links hinten beginnt der Percussionsschall gedämpft zu werden.

T. M. 40,2.
A. 40,2.

25. März. Cyanose des Gesichts; Patient versucht mit unverständlichem Lallen etwas auszudrücken. Immer noch leichte Zuckungen der linken Seite; rechts leichte Ptosis.

T. M. 40,2.
A. 40,2.

26. März. Dieselben Erscheinungen. Puls klein, kaum zu fühlen. Die Ptosis ist stärker ausgeprägt.

T. M. 40,4.

Mittags $2^1/_2$ Uhr erfolgte der Tod. Die Section wurde nicht gestattet.

IX. Beobachtung.

Ernst, Rec. 11. März 1863, gest. 30. April 1863.

Kräftig gebauter Mann von mittlerer Grösse, keine Erkrankung der Brust- und Unterleibsorgane nachweisbar. Hohe blödsinnige Schwäche, leicht erregt, spricht viel vor sich hin, schläft oft unruhig. Pupillen sehr eng, die rechte mehr als die linke, Zunge zittert mässig, keine lallende Sprache, Händedruck beiderseits kräftig, das rechte Bein wird beim Gehen etwas nachgezogen.

Anfall.

25. April. Morgens zwischen 9 und $9^1/_2$ Uhr wird Patient plötzlich blass und sinkt bewusstlos um. Die Respiration erfolgt unter langer, stöhnender Exspiration, Patient macht fortwährend seitliche Drehungen des Kopfes, die man ohne grossen Kraftaufwand durch Festhalten des Kopfes unterdrücken kann; sobald man ihn loslässt, fangen die pendelnden Bewegungen wieder an. Leichte, unruhige Bewegungen mit den Händen, Aufblasen der Wangen, besonders der linken, bei der Exspiration, zuweilen einzelne Hustenstösse und Rasseln im Kehlkopfe; öfter Kaubewegungen; die Bauchmuskeln erscheinen stark gespannt. Des Gesicht ist blass, fühlt sich kühl an, an beiden Hälften kein Unterschied; Pupillen wie früher. Puls 100, sehr klein und wenig gespannt, Extremitäten scheinen kühler als sonst, Nadelstiche erzeugen nur von den Fusssohlen aus Reflexbewegungen. Gleich nach dem Anfalle:

T. $9^1/_2$ Uhr 35,9 P. 100.

$10^3/_4$ Uhr. V. M. Noch ohne Bewusstsein, öfter Husten.

T. $10^3/_4$ Uhr 35,9 P. 100.

5 Uhr. Das Bewusstsein kehrt zurück, doch ist Patient noch benommen. Bei einem Gehversuche geht er nur mit Mühe und sehr schwankend, fällt dabei etwas nach rechts.

26. April. Gesicht nicht mehr so kühl, Wangen etwas mehr geröthet. Patient ist bereits selbständig nach der Badestube gegangen. Sprache sehr schlecht, unverständlich.

T. M. 36,5 P. 96.
A. 37,3 P. 108.

27. April. Spricht nur mit grosser Mühe, der Gang ist etwas besser, aber

immer noch taumelnd, besonders wird das rechte Bein nachgezogen, der rechte Fuss etwas nach auswärts aufgesetzt.

T. M. 37,5 P. 116.
A. 38,3 124.

28. April. Fängt wieder an, vor sich hin zu reden, wie früher. Sprache sehr langsam.

T. M. 37,6.
A. 38,1.

29. April. Ist immer noch etwas benommen, die linke Wange noch oft bei der Expiration aufgeblasen. Behält Speisebissen stundenlang in der Hand und im Munde, die Schluckbewegungen selbst sind gut. Fauces ziemlich stark geröthet. Links hinten von der Mitte der Scapula ab Dämpfung; in der Fossa supraspin. vesiculäres Athmen, nach abwärts übergehend in sehr verschärftes; in den unteren Parthieen deutliche bronchiale In- und Expiration, feinblasiges Rasseln. Rechts unter der Clavicula der Schall etwas höher als links, weiter unten etwas tympanitischer Ton.

T. M. 37,2.

29. April. Patient hat heut den ganzen Tag vor sich hin gesprochen, dreht den Kopf oft nach rechts und links, gleichsam als wenn er etwas sähe oder höre. Respiration beschleunigt, hin und wieder leichtes Aufhusten ohne Expectoration. In der Nacht vom 29. zum 30. April erfolgt der Tod. Messungen am 29. fehlen.

Autopsie.

Im Sack der Dura mässig viel Flüssigkeit, am Brust- und Halstheil Pia und Dura fast mit einander verbunden, besonders an den hinteren Parthieen, Dura sonst nicht verändert. Rückenmark von guter Consistenz, oben weicher als unten, Pia ziemlich blass, kaum besonders verdickt. Graue Substanz ziemlich stark pigmentirt, die weisse mässig blutreich, sonst nirgends eine Veränderung; in den untern Theilen der Medulla die graue Snbstanz etwas röthlich, hie und da einzelne stärkere Gefässstämme. Dura cerebr. am Schädel fest ansitzend. Schädel etwas breit kurz, linke Hälfte kürzer als die rechte, Pfeilnaht etwas schief von hinten links, nach vorn rechts; Schädel mässig dick, wenig spongiöse Substanz, in der Diploe zahlreiche grosse Gefässstämme, innere Oberfläche rauh, äussere glatt. Nähte einfach aber gut ausgesprochen, auf dem rechten Tuber pariet. eine dreieckige fast silbergroschengrosse Vertiefung, gefüllt mit einem Gewebe, das sehr grosse Gefässe besitzt; nach der Entfernung zeigt die Oberfläche der Vertiefung einzelne weite, Gefässe aufnehmende Oeffnungen, ist sonst glatt, die Umgebung nicht verändert, Schädel durchscheinender, Innenfläche ganz unverändert. Links nichts Aehnliches. Im Sin. longitud. stark speckhäutiges Gerinnsel; Dura dick, mässig blutreich, glatt, längs der Mittellinie etwas mit der Pia verwachsen, Pia selbst durchweg stark verdickt, getrübt. Die Carotiden zeigen starke sklerotische Verdickungen an der Eintrittsstelle in die Schädelhöhle, auch in den Sinus an der Basis viel speckhäutiges Blut. Sonst an der Basis nichts Besonderes. Hypophysis sehr gross, derb. Hintere und vordere Abtheilung lässt sich nicht unterscheiden, auf der Schnittfläche ziemlich gleichmässig geröthet, etwas fleckig. An den Vertebrales leichte Schlängelung, sie sind ebenso wie die Basilaris ziemlich weit.

Von der Oberfläche des Gehirns trennt sich die Pia ziemlich leicht, doch reissen besonders an den vorderen Parthieen hie und da die oberflächlichen Schichten der

Rindensubstanz mit ab. Windungen im Ganzen breit, besonders an den mittleren Theilen, hinten und vorn ziemlich geschlängelt. Die Oberfläche der Windungen zeigt ganz leichte Punktirung, den Gefässen entsprechend, und ist etwas blass.

Beide Hemisphären $7\frac{1}{2}$" lang, die rechte $2\frac{5}{8}$", die linke $2\frac{1}{2}$" breit. An beiden Vorderlappen ist die Verwachsung der Pia ziemlich gleich stark entwickelt. Seitenventrikel ziemlich eng, enthalten wenig schwach trübe Flüssigkeit, Ependym stark verdickt, in den vorderen Theilen ziemlich stark körnig, an beiden Streifenhügeln mehrere Verwachsungen des Ependyms mit der Oberfläche, die besonders rechts in grosser Ausdehnung vorhanden sind, so dass sie oft förmliche Brücken bilden. Beide Hinterhörner verwachsen, vom rechten ist ein kleiner Theil des hintern Endes übrig, dieses ist ziemlich weit; Ependym ist hier sehr stark verdickt, stark granulär, Striae acusticae stark entwickelt. Die Substanzen des Klein-Gehirns zeigen eine venöse Hyperämie. Auch am Gross-Hirn ist die weisse Substanz venös-hyperämisch. Rindensubstanz stellenweise sehr schmal, stark pigmentirt, vorn ziemlich lebhaft geröthet. An der Oberfläche des Streifenhügel gelbliche zum Theil netzförmige Figuren (fettige Gefässe). Auf der Schnittfläche ziemlich starke Blutfüllung. Linke Lunge adhärent, die rechte frei, im rechten Pleurasack 1 Unze etwas trübe Flüssigkeit mit leichten fibrinösen Abscheidungen. Der Herzbeutel liegt in grosser Ausdehnung zu Tage, Herz mässig gross, enthält stark speckhaltiges Blut, dabei aber ziemlich viel flüssigen Cruor. Herzfleisch sehr derb, von gutem Aussehen, Klappen links mit leichten Verdickungen, Nodulus der Aortenklappen leicht granulirt, Endocard. sonst links, namentlich am Septum ziemlich stark verdickt. Die Verwachsungen der linken Lunge mässig derb, diese ist mässig gross, im mittleren und hinteren Theil ziemlich derb, auf der Schnittfläche zeigt sich in den hinteren unteren Theilen fast überall körnige Beschaffenheit, die derberen Parthieen des oberen Lappens hinten grauroth, des unteren dunkelroth, im Uebrigen zwischen den infiltrirten Parthieen noch lufthaltige ödematöse Stellen. Auf Druck entleeren die infiltrirten Parthieen leicht trübe Flüssigkeit. Vorn ist die Hepatisation und die scharfe Abgrenzung der Parthieen noch deutlicher, doch sind hier noch reichlicher lufthaltige Stellen vorhanden. Spitze gut lufthaltig, hyperämisch-ödematös. Bronchien eng. An der rechten Lunge der mittlere Lappen schlaff, der obere gross, derb. Der obere und mittlere sind mit fibrinösen Schichten bedeckt, am unteren sehr stark geröthete Pleura, auf der Schnittfläche des oberen Lappens grobkörnige graue Hepatisation wie linkerseits; im mittleren Lappen ist die Hepatisation weniger deutlich körnig und hier von rother Farbe. An allen diesen Theilen ist ebenfalls eine mehr oder weniger deutlich lobuläre Abgrenzung wahrzunehmen; nach dem Ausdrücken bleibt besonders an den ödematösen Stellen ein fein alveoläres Aussehen zurück. Am unteren Lappen nur lobulär abgegrenzte Atelectasen. Am Larynx und Trachea nichts Besonderes. Milz klein, sehr derb, blutreich, mit zahlreichen Trabekeln. Colon transv. bildet eine bis nach unten reichende Schlinge, steigt mit der Flexura lienalis bis in die Hypochondr. hinab. — Darm sehr eng, mit Ausnahme des stark aufgeblähten Coecun und Colon ascend. Nieren blutreich, Harncanälchen unbedeutend getrübt, in der Marksubstanz einzelne fibroide Knötchen. Rechts an der Oberfläche eine ziemlich grosse Cyste mit bräunlicher Flüssigkeit gefüllt, ausserdem am Rande eine etwas eingezogene narbige Stelle. Magen eng, namentlich in den mittleren Theilen, enthält schwärzlich schleimige Flüssigkeit. Schleimhaut stark verdickt, ziemlich stark gefaltet; die Falten auf ihrer Höhe stark geröthet, mit zähem Schleim bedeckt. An der Cardia eine etwa sechser-

grosse hämorrhagische Erosion, im Ductus choled. ein weisser Schleimpfropf, der sich schwer entfernen lässt, dann folgt dunkle fadenziehende Galle aus der schlaffen Gallenblase ziemlich leicht nach. Leber blutreich, sonst ohne Veränderung. Im Dünndarm dunkelgrüner schleimiger Inhalt, ausserdem zwei Spulwürmer. Im Dickdarm ziemlich feste derbe Fäcalmassen. Im ganzen Darmkanal zerstreut, theils in der Submuscosa, theils in den äussern Schichten kleine Knötchen, die bald mehr bald weniger derb sind. Im Uebrigen ist die Schleimhaut durchaus unverändert.

Zur besseren Uebersicht gebe ich in Folgendem eine mit Rücksicht auf die beobachtete Temperatur und die vorgekommenen Affectionen des Respirations-Apparates gemachte Zusammenstellung der einzelnen Anfälle.

Anfälle mit Temperaturerhöhung und einer durch die Autopsie nachgewiesenen Affection des Respirations-Apparates.

A. Der Patient Reese (Beob. 4) wird früh am 24. Mai 1864 unter grosser Blässe des Gesichts bewusstlos; Zuckungen in den linken Extremitäten und der linken Halsseite. Ein soporöser Zustand dauert während des ganzen Tages fort, dabei treten häufig die erwähnten Zuckungen, welche Anfangs 45 Minuten andauerten, auf kürzere Zeit wieder ein. Die Morgentemperatur (nach dem morgendlichen Anfalle) 37,9 steigt am Abend bis zu 38,7, während sich Symptome einer Lungenaffection einstellen. Am zweiten Tage (25.) Zunahme der letzteren bei Fortdauer des Sopors, während die Temperatur von 39,5 Morgens bis 41,3 Abends steigt; einige Stunden darauf erfolgt der Tod. Die Autopise ergibt Pneumonie des linken unteren Lungenlappens, geringere Infiltration und Oedem des rechten.

B. Der Patient F....e (Beob. 1) bekommt am 6. October 1865 eine Reihe von Anfällen allgemeiner Convulsionen um 5¼ Uhr Abends. Eine halbe Stunde vorher (5 Uhr) war die Temperatur 37,8 gewesen. Um 5½ Uhr, also eine Viertelstunde nach dem Beginn der Anfälle ist sie bereits auf 39,3 gestiegen. Bei Fortdauer der Anfälle steigt sie um 9½ Uhr Abends auf 39,6. In der Nacht vom 6. zum 7. erfolgten keine Anfälle mehr; die Temperatur war am Morgen des 7. auf 38,4 gesunken; es zeigen sich Erscheinungen einer Affection des Respirations-Apparates und am Nachmittage erfolgt der Tod. — Die Section ergibt Bronchitis und catarrhalische Pneumonie beider Lungen.

C. Der Patient Krantzk (Beob. 3) verfällt am 19. Februar 1862 um 10½ Uhr Abends in einen Zustand von Bewusstlosigkeit mit kurze Zeit andauernden Zuckungen, die sich in Intervallen von nur einer Stunde zweimal wiederholen, während die Bewusstlosigkeit fortbesteht. Die Temperatur in der Nacht darauf (ohne genaue Zeitangabe) 39,2. Am andern Morgen (20.) früh 9½ Uhr ein Anfall von Zuckungen, Temperatur 39,8; darauf noch drei Anfälle in Intervallen von je ½ Stunde. Die Temperatur steigt am Abend dieses Tages auf 40,4, am nächsten Morgen (21.) auf 41,2 und um 12½ Uhr Mittags erfolgt der Tod. — Die Section ergibt frische Infiltration beider unteren Lappen der Lungen und starkes Oedem.

D. Der Patient C. W. (Beob. 7.) wird am 10. November gegen 5 Uhr von einem Anfalle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen und nachfolgender tetanischer Steifheit der Glieder ergriffen. Die Temperatur, welche unmittelbar nach dem Anfalle (um 5 Uhr Nachmittags) 38,0 betrug, war um 11 Uhr Abends bereits auf 40,5 (in der Achsel) gestiegen. Am nächsten Tage (11.) dauert eine ziemlich gleichmässige Temperaturerhöhung (in der Achsel: 39,9—39,5—39,4) an, unter Fortbestehen verschiedener krampfhafter Erscheinungen. Am 12. erfolgen mehrere kurze Anfälle von Krämpfen, geringere Zuckungen bestanden in den Intervallen fort; die Temperatur steigt von 38,5 Morgens auf 40,2 Abends (in ano.). Am 13. ununterbrochen kleine Zuckungen; Abends 10 Uhr treten neue Krampfanfälle auf und um 11¼ Uhr erfolgt der Tod. Die Temperatur sinkt von 39,8 Morgens auf 38,5 Abends (5 Uhr).

Die Section ergab starke Bronchitis, Atelectase des unteren und in geringerem Grade des oberen Lappens der rechten Lunge nebst grossem Blutreichthum des linken unteren Lungenlappens. Zugleich bestanden tuberculöse Prozesse in beiden oberen Lappen.

E. Der Patient Wesche (Beob. 5.) bekommt am Morgen des 10. März 1860 einen längeren Anfall tonischer und clonischer Krämpfe mit fortdauerndem soporösem Zustande; am Abend stellen sich Symptome von Lungenödem ein und am folgenden Morgen (11.) früh erfolgt der Tod. Die Temperatur wird zuerst am Nachmittage des 10. bestimmt, ist bereits bedeutend erhöht (39,5) und steigt bis in die Nacht hinein (40,9). Die Autopsie ergibt allgemeines Lungenödem.

Anfälle mit Temperatur-Erhöhung und gleichzeitigen Symptomen einer leichteren oder schwereren Affection des Respirations-Apparates.

F. Der Patient F....e (Beob. 1.) verfällt am 29. März 1865 um 11 Uhr 41 Minuten Vormittags in allgemeine, mit Bewusstlosigkeit verbundenen Convulsionen, die bis 12 Uhr 35 Min. Mittags dauern. Eine Viertelstunde nach Beginn des Anfalls ist die Temperatur 38,8, beim Aufhören des Anfalls (12 Uhr 35 Min.) bereits 40,1, um 2 Uhr 40 Minuten Nachmittags 39,2, um 3 Uhr 45 Minuten 38,7 und Abends 6 Uhr 45 Minuten 38,4. Am folgenden Tage hält sich die Temperatur in den Grenzen der normalen.*) Man sieht in diesem Falle sehr deutlich vom Beginn des Anfalles an die Temperatur ausserordentlich schnell steigen (binnen 40 Minuten von 38,8 auf 40,1) und nach dem Anfalle in ziemlich kurzer Zeit bis zur normalen wieder absinken. Von Seiten des Respirationsapparats waren nur vorübergehend Zeichen einer Bronchialaffection (Pfeifen, Schnurren) zu constatiren.

G. Der Patient Krantzk (Beob. 3.) bekommt am 14. Juni 1861 Abends 6 Uhr einen Anfall von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen. Kurze Zeit nach Beginn des Anfalls ist die Temperatur 40,2. Der Anfall lässt während der Nacht vom 14. zum 15. nach; die Temperatur sinkt zwar am 15. ab, bleibt aber erhöht, vom 17. ab lässt sich mit grosser Wahrscheinlichkeit auf Entwickelung einer Pneumonie rechts schliessen, am 24. wird mit Sicherheit eine solche links constatirt, das Fieber dauert unter theilweiser Remission fort bis gegen den 28. hin und macht dann einer normalen Temperatur Platz. Es schliesst sich also an den erwähnten Anfall eine acute fieberhafte Krankheit von circa 14tägiger Dauer, entweder ausschliesslich oder zum Theil begründet in einer (doppelseitigen) Pneumonie.

H. Der Patient Herz (Beob. 8.) wird am 22. März Vormittags 11 Uhr von einem Anfalle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen er-

*) Am 4. Tage, 1. April, zeigt sich noch einmal eine Morgentemperatur von 38,8, die Abends auf 36,7 (unter die Norm) sinkt und auch noch am 2. April Morgens denselben niedrigen Werth behält. Diese Schwankungen sind, wie weiter unten noch hervorgehoben wird, wahrscheinlich nicht als direct mit dem Anfall in Zusammenhang stehend zu betrachtend.

griffen; es dauern krampfhafte Zuckungen, erst rechts und links wechselnd, später linksseitig ununterbrochen bis zum Tode fort, indem sie allmälig an Intensität abnehmen. Schon am Nachmittage (5 Uhr) des Tages, an welchem der Anfall (11 Uhr Vormittags) aufgetreten war, zeigt sich Temperaturerhöhung (38,9). Bereits am Morgen des nächsten Tages (23.) wird Dämpfung und bronchiales Athmen am unteren Lappen der rechten Lunge constatirt; die Temperatur ist auf 39,4 (Mittags) und 39,8 (Abends) gestiegen. Am 24. beginnt auch links hinten unten der Percussionsschall gedämpft zu werden, die Temperatur hält sich den Tag über auf 40,2, ebenso am folgenden Tage dem 25., und am 26. Mittags erfolgt der Tod.



Anfälle mit Temperatur-Erhöhung ohne eine während des Lebens nachgewiesene Affection des Respirations-Apparates und ohne Autopsie nach dem Anfalle.

J. Der Patient Rau (Beob. 2), welcher am Tage vorher über heftigen Kopfschmerz geklagt hatte und die Nacht ziemlich unruhig verbracht hatte, wird am Morgen des 16. September 1864 ohne Bewusstsein im Bette gefunden, wobei Contracturen in den Gelenken der Ellenbogen und Finger constatirt werden. Die Temperatur ist am Morgen des 16. noch normal (38,2), am Abend bereits 39,2, zeigt am Abend des 17. und 18. hohe Morgenwerthe (39,2, 39,0) mit abendlichen Exacerbationen (39,8, 39,7), fällt am 19. früh ab (38,7), exacerbirt am Abend noch einmal (39,1), um dann dauernd zur normalen abzufallen.

Krampferscheinungen wurden vom Morgen des 16. ab während dieser ganzen Zeit nicht beobachtet; ob solche in der vorangegangenen Nacht, vor der Entdeckung des bewusstlosen Zustandes des Patienten am Morgen, stattgefunden, ist unbekannt. Eine Affection des Respirationsapparates konnte trotz genauer Untersuchungen nicht constatirt werden. Die dauernde Rückkehr zur normalen Temperatur erfolgte vom 4. Tage ab nach dem Anfalle.

K. Der Patient Schurich (Beob. 6) sinkt am 9. November 1861 Nachmittags gegen 2 Uhr unter Erblassen plötzlich zusammen; dabei krampfhafte Drehung des Kopfes nach rechts, Verziehung des Mundes nach derselben Seite, Parese der linken Extremitäten, Contractur im linken Arm, keine Convulsionen. Vier Stunden später (6 Uhr Abends) bereits Temperaturerhöhung (39,2), die bis 11 Uhr Abends auf 40,0 steigt (dabei Puls 68 !). Die Temperatur übersteigt am folgenden Tage (10.)

stets 40,0 (bis 41,0), beginnt gegen Abend des dritten Tages (11.) abzusinken, ist am 4. Tage und am Morgen des 5. etwas unter der Norm (37,1) und bleibt in der folgenden Zeit normal. Mit dem Sinken der Temperatur beginnt das Bewusstsein zurückzukehren. Eine Affection des Respirationsapparats konnte nicht constatirt werden; leider ist in den gegebenen Notizen der Untersuchung der Lungen nur am Abend des zweiten Tages (10.) Erwähnung gethan und ich bin nicht mehr im Stande, aus dem Gedächtnisse nachzutragen, ob auch in den folgenden Tagen keine Lungenaffection zu constatiren war.

L. Der Patient Krautzk (Beob. 3) bekommt am 14. Nov. 1861 um 4 Uhr Nachmittags einen Anfall von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen. Die Temperatur, welche am Morgen 37,8 betragen hatte, ist gleich nach dem Anfalle 38,4, eine Stunde später (5 Uhr Abends), während ein zweiter Anfall erfolgt, 39,3; um 6¼ Uhr Abends, bis wohin sich eine Reihe von Anfällen gefolgt waren, sinkt die Temperatur auf 38,7, hält sich auf dieser Höhe noch um 8 Uhr und ist am nächsten Morgen auf 38,1 gesunken, nachdem in der Nacht noch ein paar leichtere Anfälle eingetreten waren. Es stieg also die Temperatur alsbald nach Beginn des Anfalls, um mit dem Aufhören desselben wieder abzusinken. Auch am nächstfolgenden Tage (17.) bestand keine wesentliche Temperaturerhöhung. Eine Untersuchung des Respirationsapparats während dieser Zeit ist nicht vorgenommen.

Anfall ohne bedeutendere Temperatur-Erhöhung und ohne nachgewiesene Affection des Respirations-Apparates.

M. Der Patient F . . . e (Beob. 1), welcher schon am Tage vorher schläfrig und blass aussah, fällt in der Nacht vom 5. zum 6. Oct. 1863 bewusstlos aus dem Bette, angeblich ohne Zuckungen. In den folgenden Tagen schlummersüchtiger, apathischer Zustand. Die Temperatur ist nur am Morgen nach dem nächtlichen Anfalle 38,6, sonst an den folgenden Tagen im Bereiche der normalen.

Anfall mit Temperatur-Erniedrigung (und nachfolgender normaler Temperatur) bei einer durch die Autopsie nachgewiesenen Affection des Respirations-Apparates.

N. Der Patient Ernst (Beob. 9) sinkt am 25. April Morgens zwischen 9 und 9½ Uhr bewusstlos um. Keine Convulsionen. Temperatur gleich darauf 35,9 (in ano!), ca. eine Stunde später ebenso. Am folgenden Tage ist die Morgentemperatur noch unter der Norm, später

normale Temperatur. Tod in der Nacht vom 29. zum 30., am letzten Tage (29.) die Temperatur nicht aufgezeichnet. Autopsie: doppelseitige lobuläre Pneumonie.

Aus der vorstehenden Uebersicht ergibt sich, dass die Temperatur nach allen Anfällen, in welchen sie bestimmt worden, beträchtlich erhöht war; eine Ausnahme davon macht nur der Anfall (M) des Patienten F . . . e (Beob. 1) in der Nacht vom 6. zum 7. October 1863, der angeblich nicht von Convulsionen begleitet war und nach dem die Temperatur nur bis 38,6 stieg; ferner die Beob. 9 (Anfall N), in welcher sogar ausserordentlich niedrige Temperaturwerthe bestanden.

Sehen wir zunächst zu, was sich über den Zeitpunkt des Beginns der Temperaturerhöhung ergibt. Die schnellste nach dem Anfall beobachtete Erhöhung finden wir in B: hier war eine Viertelstunde nach dem Beginne des Anfalls die Temperatur um 1,5 gestiegen (von 37,8 bis 39,3); bei F. erhob sie sich von 38,8 unmittelbar nach dem Anfalle binnen 40 Minuten auf 40,1 (um 1,3). In anderen Fällen wurde ein Steigen der Temperatur eine bis mehrere Stunden nach dem Anfalle constatirt: so ist sie in L gleich nach dem Anfall 38,4, eine Stunde später bereits 0,9 höher (39,3); in D steigt sie von 38,0 unmittelbar nach dem Anfalle binnen 6 Stunden um 2,5 (bis 40,5), in J in 7 Stunden um 1,0 (38,2 bis 39,2). Langsamer geschieht das Ansteigen bis zu höheren Temperaturgraden in A, um 0,8 von den Anfällen Morgens bis zum Abend (37,9 bis 38,7), und es wird erst am Morgen des nächsten Tages eine bedeutendere Erhöhung (39,5) beobachtet. In anderen Fällen geht zwar über die Geschwindigkeit des Ansteigens nichts aus den Beobachtungen hervor, indess constatirte man bereits kurze Zeit (G) oder mehrere Stunden nach stattgehabtem Anfalle (C, E, H, K) abnorm hohe Temperaturen (um 39° und 40° herum).

Das Abfallen der Temperatur geschieht in den Fällen, welche nicht tödtlich endeten, in verschiedener Weise. In F, wo ein schnelles Ansteigen beobachtet war, sinkt die Temperatur in ca. 6 Stunden um 1,7 bis wiederum fast zur normalen (von 40,1 bis 38,4); in L in 3 Stunden um 0,6 (von 39,3 bis 38,7), um dann wieder einer an der oberen Grenze der normalen liegenden Platz zu machen.

In anderen Fällen (J, K) besteht noch in den nächsten Tagen eine höhere Temperatur (um 39 und 40° herum) fort, bei G endlich knüpft sich an den Anfall eine ca. 14 Tage mit Remissionen und Exacerbationen andauernde Erhöhung der Körperwärme. In den tödtlich enden-

den Fällen dauert entweder die hohe Temperatur bis zum Tode fort (A, C, E), oder es erfolgt kurz vor demselben ein Abfall (B, D).

Bevor wir die Frage nach den Ursachen dieser Temperaturerhöhung erörtern, ist der Einwand zu beseitigen, dass die Steigerung der Körperwärme schon vor dem Anfalle vorhanden gewesen sein könnte, so dass dann nicht die Temperaturerhöhung von dem Anfalle, sondern etwa dieser von jener direct oder indirect abhängig zu denken wäre. Am sichersten würden wir hierüber urtheilen können, wenn die Temperatur bei einem Patienten, der von einem Anfalle betroffen wird, während längerer Zeit vorher täglich zu regelmässigen Zeiten bestimmt wäre. Diese Bedingung ist in den mitgetheilten Fällen nur selten erfüllt; oft ist es mir nämlich begegnet, dass ich mit Rücksicht darauf eine Reihe von Patienten halbe Jahre lang und länger regelmässig gemessen habe, ohne dass es jemals zu einem Anfalle kam, während andere, die zufällig nicht gemessen waren, unerwartet von einem Anfalle ergriffen wurden. Die Temperatur aller paralytischen Kranken aber ausnahmslos regelmässig täglich zu bestimmen und so den Launen des Zufalls unter allen Umständen zu entgehen, war mir aus äusserlichen Gründen nicht möglich. Indess auch ohne dass uns überall eine solche Untersuchung vorliegt, können wir die eben geltend gemachten Bedenken beseitigen. Zunächst sind mehrere Beobachtungen anzuführen, in denen die Temperatur vor dem Anfalle bestimmt war und nicht erhöht gefunden wurde (B, L); ferner solche, in welchen die unmittelbar oder sehr bald nach dem Auftreten des Anfalls gemessene Temperatur normal war oder die normale nur um wenig überstieg und sodann ihr successives Ansteigen deutlich verfolgt werden konnte (A, D, F, J, K). In einigen andern Fällen, in welchen gleich die erste Messung einige Zeit nach dem Anfalle eine hohe Temperatur ergab und frühere Messungen nicht vorlagen, kann man allerdings zweifelhaft bleiben, ob dieselbe nicht schon vor dem Anfalle vorhanden war. Diese Zweifel müssen um so begründeter erscheinen, als bei einer Reihe von Paralytikern in der That bedeutende Temperaturschwankungen nach auf- und abwärts ohne sonstige besondere psychische und motorische Erscheinungen vorkommen (vgl. dieses Arch. I. 1. p. 205), und also das Zusammentreffen der Temperaturerhöhung mit dem paralytischen Anfalle hier ein zufälliges sein könnte.*) Indess erreicht die Temperatur

*) Auf diese Thatsache, die sich zum Theil durch intercurrente, nicht nachweisbare, fiebererregende körperliche Störungen geringerer Art erklärt, zum Theil nicht wohl dadurch gedeutet werden kann, sind auch die ohne Auftreten eines Anfalls in der I. Beobachtung vorkommenden Temperaturschwankungen zu beziehen.

unter diesen Umständen selten die Höhe, wie in den hier in Frage kommenden Anfällen (C, E) und haben wir wohl — bei der sonstigen Analogie — eine gewisse Berechtigung auch hier ein analoges Verhalten voraussetzen, d. h. den Anfall selbst als Ausgangspunkt der Temperaturerhöhung anzunehmen. Wie man sich aber auch hierüber entscheiden mag, die übrigen Beobachtungen beweisen die zeitliche Abhängigkeit der Temperaturerhöhung von dem Anfalle selbst unzweifelhaft.

Worin ist nun die Ursache dieser sich an die paralytischen Anfälle knüpfenden Temperaturerhöhungen zu suchen? Ich muss gestehen, dass ich bei den ersten Beobachtungen, welche übrigens aus einer Zeit datiren, in der die Resultate der Temperaturmessungen beim Tetanus (Wunderlich) noch unbekannt waren, geneigt war, den Krampferscheinungen (tonischen und klonischen) als solchen den Hauptantheil zuzuschreiben. Indess bald beobachtete ich eine Reihe von Anfällen, welche theils nur von ganz unbedeutenden Krampferscheinungen begleitet waren, theils ausschliesslich in einer längeren Bewusstlosigkeit mit oder ohne nachfolgende vorübergehende Lähmungen oder Contracturen bestanden und dennoch eine bedeutende Temperaturerhöhung im Gefolge hatten. Ein solcher Fall ist u. A. die Beobachtung 6: der betr. Patient (Anfall K) sank (am 9. Nov. 1861) unter allgemeiner Blässe des Gesichts bewusstlos zusammen, ohne eine Spur von Convulsionen, und schon 4 Stunden nach dem Anfalle betrug die Temperatur 39,2, 4 Stunden später 40,0. Es musste also die Temperaturerhöhung einen andern Grund haben; bevor ich mich für berechtigt hielt, denselben in einer unbekannten Wirkung vom Nervensysteme aus zu suchen, schien es nothwendig, alle möglicherweise wirksamen bekannten Ursachen für die Temperaturerhöhung so weit als möglich auszuschliessen. Es wurden desshalb wiederholt vollständige, über alle Organe ausgedehnte Untersuchungen des betreffenden Kranken in den Anfällen selbst angestellt und es ergab sich, dass physikalisch sich häufig eine Affection des Respirationsapparates nachweisen liess, welche ohne eine speciell darauf gerichtete Untersuchung ohne Zweifel latent verlaufen sein würde; in einer Reihe von Fällen konnte zugleich durch die Autopsie die Affection des Respirationsapparats constatirt werden. Hiermit schien eine einfache Erklärung für die Temperaturerhöhung gegeben und es fragte sich nur, ob diese Erklärung in der That zulässig und für alle Fälle gleichmässig zutreffend sei. — Wenn wir zunächst diejenigen Beobachtungen in's Auge fassen, in welchen die Autopsie eine Lungenerkrankung (Pneumonie, Bronchitis,

Oedem) nachwies, so ergibt sich für die Deutung der Temperaturerhöhung durch die Lungenaffection nur das Bedenken, dass der Beginn der Entwickelung der letzteren, durch die Temperaturerhöhung sich kundgebend, so ausserordentlich schnell auf den Anfall selbst folgt. Längere Zeit (circa 36 Stunden) bis zum Auftreten der Temperatursteigerung verging nur in A, während z. B. in B die Temperatur schon eine Viertel Stunde nach dem Anfalle auf 39,3 gestiegen war, in C 6 Stunden nach dem Anfall auf 40,5 (Achsel). Im ersteren Falle handelte es sich, wie die Section ergab, um eine katarrhalische Pneumonie, und wir haben kaum eine andere Wahl, als anzunehmen, dass einerseits die Entwickelung derselben bis zu dem in dem Sectionsberichte beschriebenen Grade allerdings in diesem kurzen Zeitraume — der Patient lebte nach dem Anfalle nur noch ca. 24 Stunden — erfolgen und andererseits der Beginn der Erkrankung sich unmittelbar an den Anfall anschliessen konnte. Aehnlich liegt das Verhältniss bei D, wo es sich um eine Bronchitis mit Atelectase handelte.*) Bei C und E fehlt zwar der exacte Nachweis, dass die Temperaturerhöhung erst nach dem Anfalle aufgetreten ist, allein der analoge Verlauf der Begebenheiten, zusammengehalten mit dem Sectionsbefunde, rechtfertigt einen Wahrscheinlichkeitsschluss; es bestand hier in dem einen Falle eine Pneumonie, in dem andern ein acutes Lungenödem.

Was nun weiter die nicht tödtlich endenden Fälle betrifft, in denen eine Affection des Respirationsapparates nur intra vitam nachgewiesen wurde, so unterliegt es zunächst in G kaum einem Zweifel, dass sich im Anschluss an den Anfall beiderseits eine Pneumonie entwickelte; dem entspricht denn auch der Gang der Temperatur während der etwa 14tägigen Dauer der Krankheit; interessant ist aber auch hier der schnelle Beginn der Erkrankung nach dem Anfalle oder vielmehr der beiden kurz auf einander folgenden Anfälle, da bereits fast unmittelbar nach dem zweiten die Temperatur bereits 40,2 betrug. Ob der Abfall am folgenden Tage (15. Juni) durch den Aderlass bedingt war, oder eine selbständige Remission darstellte, will ich unentschieden lassen. Wie in diesem Falle, so knüpft sich auch in H nachweisbar eine Pneumonie mit Temperaturerhöhung an den Anfall, die jedoch bereits am dritten Tage letal endet, ohne dass sie bei der verweigerten Erlaubniss zur Section

*) Dass die in letzterem Falle bestehenden chronisch-tuberculösen Prozesse in den Lungenspitzen nichts mit der finalen Lungenaffection zu thun haben, braucht wohl nach der Schilderung des Sectionsberichtes nicht hervorgehoben zu werden.

p. m. constatirt werden konnte. Bei dem Anfalle F indess konnte nur eine durch Pfeifen und Schnurren an den hinteren Thoraxparthieen nachweisbare Affection der Bronchien constatirt werden, während die Temperatur gleichfalls binnen 40 Minuten von 38,8 auf 40,1 stieg und nach dem Anfalle in kurzer Zeit wieder bis fast zur Norm absank, ohne auch weiterhin auf das Fortbestehen eines entzündlichen Prozesses in den Lungen zu deuten. Ist die hier allein nachweisbar gewesene geringe Affection der Bronchialschleimhaut genügend gewesen, die Temperatursteigerung hervorzubringen? oder hat es sich noch um eine anderweitig nicht nachweisbare Affection, etwa um eine beschränkte Bronchopneumonie gehandelt? Dass letztere in der erwähnten Zeit entstehen kann, darf man wohl nach der Beobachtung in B nicht in Zweifel ziehee; ob aber die eine solche begleitende Temperaturerhöhung in so kurzer Zeit sinken kann, wie es hier geschehen, bleibt allerdings zweifelhaft.

An diesen Fall, in welchem also der Zusammenhang der Temperaturerhöhung mit einer Lungenaffection mindestens zweifelhaft bleibt, schliessen sich die Fälle J, K, L, in welchen eine Affection des Respirationsapparats überhaupt nicht nachgewiesen wurde. Betrachtet man indess den Verlauf der Temperatur in J. und K. und vergleicht ihn mit den Fällen, in denen durch die Autopsie eine Lungenaffection konstatirt wurde, so kann man sich der Vorstellung nicht entziehen, dass die Temperaturverhältnisse gleichfalls auf eine solche hindeuten. Nur der Fall L. (welcher sich in dieser Beziehung an F. anreiht) lässt die Annahme einer Affection des Respirationsapparats, auf welche die Temperaturerhöhung zu beziehen wäre, insofern bedenklich erscheinen, als nach einem schnellen Ansteigen der Temperatur in Folge des Anfalls ein auffallend schneller und dauernder Abfall erfolgt (in 1¼ Stunde von 39,3 auf 38,7 etc.). Schliesslich ist noch zu erwähnen, dass in M. nach einem nächtlichen Anfalle die Temperatur am nächsten Morgen nur eine geringe Erhöhung zeigte, die nicht mit Nothwendigkeit auf den Anfall als solchen zu beziehen war, und auch weiterhin keine abnorme Steigerung darbot, so dass also hier der Anfall ohne wesentliche Temperaturerhöhung und ohne nachweisbarer Affection des Respirationsapparats verlaufen wäre.

Interessant ist es nun, dass in einem Fall (N.), trotzdem nicht nur keine erhöhte, sondern sogar eine abnorme niedrige Körperwärme (35,9) nach dem Anfall beobachtet wurde, die auch weiterhin keiner über die Norm sich erhebenden Platz machte (freilich fehlt die Messung am Todestage), dennoch eine durch die Autopsie be-

stätigte doppelseitige Pneumonie sich an den Anfall knüpft.*) Es ist diese Thatsache in Bezug auf die uns beschäftigenden Fragen sehr lehrreich, da sie uns zeigt, dass wir selbst bei Abwesenheit aller Temperaturerhöhung nach einem Anfalle, dennoch eine Affection des Respirationsapparates und zwar eine ziemlich ausgedehnte — wenn wir sie auch physikalisch nicht nachweisen können — auszuschliessen nicht berechtigt sind.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass Affectionen des Respirationsapparates sich häufig an die paralytischen Anfälle anschliessen, dass ferner in einer Reihe von Fällen die Temperatursteigerung nach den Anfällen unzweifelhaft als in diesen Affectionen begründet angesehen werden muss, in anderen Fällen diese Begründung der Temperaturerhöhung sehr wahrscheinlich gemacht werden kann und dass endlich in noch anderen die Ursache derselben zweifelhaft bleibt, obwohl eine Affection des Respirationsapparates auch hier mit Sicherheit nicht auszuschliessen ist.

Es dürfte überhaupt schwer sein, in allen Fällen (wenn sie nicht tödtlich enden), hierüber in's Reine zu kommen; wir haben bei diesen Kranken fast keine anderen Hülfsmittel als die physikalische Untersuchung, da subjective Erscheinungen, Husten u. s. w. gänzlich fehlen; wie sehr uns aber die physikalische Untersuchung bei circumscripteren oder bei centraler gelegenen Affectionen des Lungengewebes in Stich lässt, braucht nicht erst hervorgehoben zu werden; dazu kommt, dass sie bei den in Rede stehenden Kranken aus leicht erklärlichen Gründen oft nur mit grosser Schwierigkeit und höchst unvollkommen ausführbar ist. Dass auch selbst das Fieber, so weit es in einer über die Norm gesteigerten Körperwärme besteht, zuweilen fehlen kann, ist eben erwähnt worden. Unter allen Umständen ist es wichtig zu wissen, dass, wie wir gesehen haben, bronchitische und pneumonische Affectionen sowohl wie Lungenödem so ausserordentlich schnell nach einem paralytischen Anfalle sich entwickeln können.

Ueber den Grund dieses Auftretens von Lungenaffectionen kann man bis jetzt nur Vermuthungen aussprechen; es kann sein, dass die aus der Bewusstlosigkeit resultirende Unempfindlichkeit und die fehlenden Reflexbewegungen von der Schleimhaut aus ein Hinunterfliessen

*) Ich hebe ausdrücklich hervor, dass das betreffende Individuum durchaus nicht besonders geschwächt und heruntergekommen war, und daher die niedrige Temperatur nicht wohl als in einem marastischen Zustande begründet angesehen werden konnte.

von Flüssigkeiten aus der Mundhöhle in die Luftwege und dadurch entzündliche Zustände derselben zur Folge haben, ähnlich wie in den Traube'schen Versuchen über die Durchschneidung des Vagus;*) als ein begünstigendes Moment hierfür wären vielleicht noch die häufig vorkommenden krampfhaften Bewegungen der Zunge anzusehen. Berücksichtigt man ferner die enorm gesteigerte Respirationsfrequenz, die in solchen Anfällen einem vorangegangenen Krampfe der Respirationsmuskeln (tonischer und klonischer Krampf des Zwerchfells) zu folgen pflegt und mit diesem wechselt, zieht man die zuweilen vorhandenen krampfhaften oder lähmungsartigen Zustände der Glottis in Betracht, so dürfte auch hierin ein begünstigendes Moment für die Entstehung von Affectionen des Respirationsapparates gefunden werden. Dies würde natürlich nur für die von Convulsionen begleiteten Anfälle gelten, während für die übrigen die Bewusstlosigkeit und damit verbundene Aufhebung der Reflexthätigkeit allein in Anspruch zu nehmen wäre. Eine andere Erklärung zu geben bin ich ausser Stande und zu Hypothesen über unbekannte Nerveneinflüsse zu greifen scheint mir für jetzt ganz ungerechtfertigt. Dass die Temperaturerhöhung nicht von den Convulsionen als solchen abhängt, geht einmal daraus hervor, dass die Intensität und Dauer derselben in keinem directen Verhältnisse zu der Temperaturerhöhung steht, dann aber aus der eben erwähnten Thatsache, dass die gleiche Temperatursteigerung in Anfällen ohne alle Convulsionen beobachtet wird (vergl. K). Dass schliesslich auch der letale Ausgang der betreffenden Fälle für die Temperaturerhöhung als solche nicht in Betracht kommt, sei mit Rücksicht auf die kürzlich von Wunderlich veröffentlichten interessanten Fälle von Temperaturerhöhung am Schlusse tödtlicher Neurosen**) hier noch ausdrücklich hervorgehoben.***)

Es liegt nahe die Anfälle der Paralytiker in ihrer Beziehung zu den besprochenen Erscheinungen der Temperatursteigerung mit denen Epileptischer zu vergleichen; aus der Beobachtung einer grösseren Reihe von Anfällen gewöhnlicher Epileptiker habe ich jedoch gefunden, dass

*) Vergl. Traube, Beiträge zur experim. Pathol. 1. Heft; derselbe: Entgegnung auf die Einwürfe etc. in Arch. für Physiolog. Heilkunde 1848. VII. p. 454.

**) Archiv der Heilkunde 1864. V. p. 205.

***) Ich habe die Pulsfrequenz bei den in Rede stehenden Anfällen nicht näher besprochen, da das Nöthige sich leicht aus der einfachen Betrachtung der Zahlen ergibt; hervorheben will ich nur, dass sie durchaus nicht immer in geradem Verhältnisse zur Temperaturerhöhung steht (s. z. B. die auffallende Verlangsamung in Beob. VI. p. 360 sqq.), überhaupt im Einzelnen viele Unregelmässigkeiten zeigt.

eine Temperaturerhöhung und Affection des Respirationsapparates nach den Anfällen der Epileptiker zu den Ausnahmen gehört. Es gilt dies sowohl für isolirt auftretende Anfälle, als auch für solche, die in kurzen Zeiträumen sich mehrmals hinter einander wiederholen. Vorhanden war eine Steigerung ähnlich der bei den Paralytikern nur in einigen sehr heftigen coup sur coup auftretenden und letal endenden Fällen; nur eine Beobachtung aber besitze ich, welche nach mehrfachen hinter einander aufgetretenen Anfällen bei einem Epileptiker eine bedeutendere Temperatursteigerung nachweist, ohne dass eine Affection des Respirationsapparates constatirt werden konnte.*) Ob die bei den Epileptikern im Vergleich zu den Paralytikern bestehende anscheinend grössere Immunität gegen secundäre Lungenerkrankungen in Folge der Anfälle in der gewöhnlich kürzeren Dauer der Bewusstlosigkeit begründet ist oder ob der gesunkene Ernährungszustand der Paralytiker eine besondere Disposition dafür abgibt, oder welche anderen Umstände dabei massgebend sind, muss ich dahingestellt sein lassen. Von den Fällen, in denen die Insulte coup sur coup auftraten und tödtlich endeten, würde der eine, bei dem sich keine Lungenaffection fand, in die Kategorie der von Wunderlich beschriebenen einzureihen sein. —

Auf die während der Anfälle der Paralytiker zu beobachtenden Krampf- und Lähmungserscheinungen will ich an dieser Stelle im Einzelnen nicht näher eingehen; es sei mir nur gestattet, die Aufmerksamkeit auf einen häufig vorkommenden Modus der Krampferscheinungen zu lenken. Höchst eigenthümlich sind nämlich die in regelmässigen Intervallen mit einander in kurzen Pausen sich ablösenden Krämpfe der rechten und linken Körperhälfte, namentlich der Gesichts- und Halsmuskeln: so dreht sich z. B. zunächst der Kopf langsam nach rechts, wobei die bulbi nach derselben Seite gerollt werden, das rechte Auge wird fest zugekniffen, der rechte Mundwinkel nach aussen und oben gezogen, zugleich beginnt ein Vibriren der von Krämpfen ergriffenen Muskeln, das allmälig in ausgiebigere klonische Zuckungen übergeht, an denen auch die oberflächlichen Halsmuskeln derselben Seite und die Zunge Theil nehmen — dann öffnet sich das Auge, die Zuckungen im Orbicul. palpebr. und in den übrigen Gesichtsmuskeln hören auf, die Augen rollen langsam nach der entgegengesetzten lin-

*) Vergl. jedoch Williams (Md. Times 1867 No. 896), der öfter eine Temperaturerhöhung nach Anfällen der Epileptiker beobachtet zu haben scheint.

ken Seite, der Kopf wird nach links gedreht, es beginnt ganz dieselbe Scene auf dieser Seite, um dann wieder auf die andere überzugehen u. s. f.; dabei besteht gewöhnlich während der Anfälle Trismus. Nicht selten betheiligen sich die Extremitäten in ganz ebenso regelmässiger Weise wie die Gesichtsmuskeln, oft aber sind die Erscheinungen in ihnen unregelmässiger und ohne bestimmte Beziehungen zu dem Facialis der ergriffenen Seite. Die Krämpfe beschränken sich in manchen Fällen auf eine Seite oder gehen erst, nachdem wiederholt einseitige Zuckungen stattgefunden haben, auf die andere über, sind auch zuweilen auf der einen Seite schwächer als auf der anderen.*) Nach Beendigung eines Anfalls fällt der Kopf, wenn die Krämpfe einseitig waren, gewöhnlich nach der nicht betroffenen Seite über, ebenso drehen sich dorthin die Bulbi; sind die Convulsionen einseitig oder auf der einen Seite viel intensiver gewesen, so bleibt nicht selten, wie ich schon früher**) hervorgehoben habe, eine mehr oder weniger vollständige Lähmung des Facialis und der Extremitäten der allein oder vorwiegend ergriffenen Seite zurück. Zuweilen besteht bei solcher einseitigen Lähmung durch den Anfall eine stark ausgesprochene Hyperästhesie auf der nicht gelähmten und nicht oder schwächer von den Convulsionen ergriffen gewesenen Seite.

Diese Anfälle haben unläugbar eine gewisse Aehnlichkeit mit den bei Meerschweinchen durch Verletzungen des Rückenmarks nach Brown-Séquard hervorgebrachten Anfällen, welche einige Wochen nach der Verletzung sich einzustellen pflegen; auch hier tritt, wenn man den Anfall durch Reizung gewisser Hautstellen des Gesichts hervorbringt, krampfhafter Schluss des Orbicularis auf, der Kopf wird gegen die Schulter gezogen und es folgen Zuckungen der Gesichts- und Augenmuskeln und der Zunge. Ist der Anfall ein vollständiger, so fällt das Thier alsbald um und es erfolgen tonische und klonische Convulsionen des Rumpfes und der Glieder (mit Ausnahme der etwa gelähmten), wobei sich namentlich auch die Athemmuskeln betheiligen. Hier ist der Krampf jedenfalls als ein reflectorischer zu betrachten — darf man eine gleiche Annahme für die oben characterisirten Anfälle der Paralytiker machen? Mir ist es nicht gelungen, bei Letzteren in

*) Es scheint, dass wenn in einem ersten Anfalle die eine Seite vorwiegend ergriffen war auch in den Anfällen einer spätern Zeit die gleiche Seite wiederum vorzugsweise betheiligt ist. Auch die hier mitgetheilten Beobachtungen sprechen dafür. —

**) Dies Archiv I. 1. p. 57.

ähnlicher Weise wie in den erwähnten Versuchen, einen Anfall künstlich hervorzurufen, indess dürfte die Sache einer weiteren Untersuchung werth sein.

Anatomische Läsionen der Centralorgane, welche mit Sicherheit als Ausgangspunkt für die Anfälle der Paralytiker zu betrachten wären, finden sich bekanntlich nicht vor und wir haben demnach auch keine Andeutung darüber, welche Hirntheile es etwa sind, deren Erregung die geschilderte besondere Form krampfhafter Erscheinungen bedingt. Allerdings kommen Krämpfe mit ganz ähnlichem Charakter bei palpabelen circumscripten Läsionen der Hirnoberfläche vor, auch bei Bluterguss in die Ventrikel habe ich sie beobachtet und es mögen sich dieselben Erscheinungen auch bei Läsionen anderweitiger Hirntheile finden — indess berechtigt uns dies nicht, die Krämpfe auf die Erregung dieser Hirntheile als solcher zu beziehen, da es sehr wohl der Fall sein könnte, dass durch ihre Läsion zunächst nur ein besonderer Erregungszustand in anderen Bezirken, z. B. der Medulla oblongata bedingt würde, der dann seinerseits erst bei einem gegebenen Reize die directe Veranlassung zum Anfalle wird. Auch in dem Brown-Séquard'schen Versuche versetzt die anatomische Läsion, die Narbe des Rückenmarks, zunächst nur andere Theile des Centralnervensystems, die Medulla oblongata resp. Pons,*) in einen eigenthümlichen Zustand, der sich durch die Leichtigkeit zur Auslösung bestimmter Krampferscheinungen auf gewisse Reize zu erkennen gibt; ein gleicher Zustand der Medulla oblongata oder des Pons könnte durch die anatomische Veränderung oder den Ausfall gewisser Hirnbezirke in den oben erwähnten Fällen mit palpabelen Hirnläsionen bedingt sein: wir erhalten daher durch diese keinen sicheren Anhaltspunkt dafür, dass es etwa Theile der Hirnoberfläche oder Ventrikelwandungen u. s. w. sind, deren Erregung — sei es, dass man sie durch gewebliche Veränderungen, Modificationen der Blutvertheilung u. s. w. hervorgebracht denkt — diese besondere Form der Krampferscheinungen direct hervorrufe.

---

*) Brown-Séquard entfernte an den operirten Thieren das ganze Hirn ausser Pons und Med. obl. und konnte dennoch die Anfälle hervorbringen. Ich durchschnitt bei einem Meerschweinchen, das ich einige Monate vorher durch Durchschneidung einer Hälfte des Rückenmarks in der Lendengegend epileptisch gemacht hatte, das ganze Rückenmark 3 Centim. oberhalb der ersten Stelle (der Narbe) quer durch und konnte auch so bei Reizung der betreffenden Stellen der Haut des Gesichts und des Halses die Anfälle in gleicher Weise hervorbringen, natürlich mit Ausschluss der Betheiligung der nunmehr durch den Schnitt gelähmten hinteren Extremitäten.

Schliesslich sei mir noch mit Bezug auf die allgemeinere Frage nach der Genese der paralytischen Anfälle überhaupt, sei es, dass sie mit Convulsionen einhergehen oder wesentlich nur in einem Zustande von Bewusstlosigkeit bestehen, die Erwähnung gestattet, dass ich oft mit Rücksicht auf die Frage der „Congestion“ oder „Anämie“, auf die Füllung der Temporalarterien geachtet habe, aber nur in wenigen Fällen eine geringe Differenz ihres Umfanges während der Anfälle constatiren konnte; jedenfalls war die Erscheinung nicht so evident, dass man weitere Folgen daraus hätte ableiten können. Unmittelbar beim Beginn des Anfalls sieht man jedoch häufig, wie bei epileptischen Anfällen, ein exquisites Erblassen des Gesichts und es liegt nach bekannten Thatsachen gewiss die Annahme nahe, dass es sich hierbei gleichzeitig auch um anämische Zustände, die man sich reflectorisch von peripherischen Reizen aus erzeugt denken kann,*) in gewissen Provinzen des Hirns resp. der Medulla oblong. handeln möchte. Bevor man jedoch an diese Erscheinung des plötzlichen Erblassens weitere Folgerungen knüpft, möge man sich immer gegenwärtig halten, dass ein anämischer Zustand der Gefässe der Gesichtshaut nicht ohne Weiteres auch auf einen solchen der Gefässe des Centralorgans schliessen lässt.

---

*) Vergl. Nothnagel, Virchow's Archiv XL. p. 203.

XXIII.

Ueber eine speclelle Form der primären Verrücktheit.

Von

Dr. Wilhelm Sander.

Je mehr sich in den letzten Jahren das allgemeine Interesse dem paralytischen Irresein, bei welchem die pathologische Anatomie werthvolle Ausbeute versprach, und denjenigen Geistesstörungen zuwandte, welche durch ihre klinischen Beziehungen zu andern Neurosen oder zu acuten Krankheiten die Aufmerksamkeit erweckten, desto mehr ist das Studium der sogenannten Verrücktheit in den Hintergrund getreten. Meist begnügt man sich die zahlreichen dieser grossen Klasse angehörigen Formen als Schwächezustände zu betrachten und sie alle in gleicher Weise als Folgezustände der sogenannten primären Geistesstörungen, der Melancholie oder Manie aufzufassen. Es dürfte aber wohl an der Zeit sein, von dieser summarischen Auffassung, durch welche die Kenntniss der Verrückten weit hinter der der andren Geistesstörungen zurückgeblieben ist, abzugehen, und sich einem genaueren Studium dieser grossen Klasse zuzuwenden*), welche schon durch die blosse Anzahl der ihr angehörigen Individuen das Interesse des Irrenarztes wesentlich in Anspruch nehmen muss; denn nicht die zwar zahlreichen, aber nur kurze Zeit lebenden Paralytiker, sondern die Verrückten füllen die Anstalten und bilden den Hauptgegenstand der öffentlichen Irrenpflege. Abgesehen aber von diesem wesentlich praktischen Interesse, dürfte bei einem genaueren Eingehen auf die verschiednen der Verrücktheit zu Grunde liegenden Zustände und bei einer Sichtung

*) Griesinger sagt: „Das Studium der psychischen Vorgänge bei diesen Kranken scheint uns bis jetzt auffallend vernachlässigt und das Bild der Krankheit durch anekdotenartige Auffassung vielfach getrübt und verfälscht". Ferner: „Nur sorgfältige neue psychologische Krankheits-Geschichten und Analysen können hier weiteres Licht bringen". (Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 2. Aufl. p. 326 und 334.)

ihrer verschiednen Gruppen, so weit sie sich selbst als natürliche charakterisiren, auch für die Wissenschaft eine nicht unerhebliche Ausbeute zu erwarten sein. Um in diesem Sinne einen Beitrag zur Kenntniss der sogenannten Verrücktheit zu geben, sind die folgenden Zeilen geschrieben, welche sich im Wesentlichen zwar nur mit einer speciellen, mich schon seit Jahren interessirenden Gruppe der Verrückten beschäftigen sollen, nicht selten aber auf das ganze Gebiet werden übergreifen müssen. —

Der in den meisten Handbüchern gelehrten Ansicht nach nimmt man, wie schon bemerkt, gewöhnlich an, dass alle Verrückten kürzere oder längere Zeit vorher sich im Stadium einer primären Geistesstörung befunden haben*). Es ist dies meiner Ansicht nach ein Irrthum; grade im Gegentheil scheint es nur bei Weitem die Minderzahl von Individuen zu sein, bei welchen sich der Uebergang aus der primären Form der Manie oder Melancholie in Verrücktheit nachweisen lässt, wenn man nicht etwa jene Begriffe in so laxem Sinne gebrauchen will, dass sie zwar umfassender werden, dafür aber auch ihre einheitliche Bedeutung verlieren. Jener allgemeinen Anschauung folgend, habe ich in früherer Zeit, zuerst nur in der Absicht, die Dauer der Krankheit zu erkennen, vergeblich mich bemüht, durch zuweilen stundenlanges Examiniren der Angehörigen (ein wahres Kreuzverhör) die primäre Erkrankung und die Zeit des Ueberganges derselben in Verrücktheit zu erfahren. Andererseits ist es mir nie gelungen, in der Anstalt selbst bei primären Formen, welche unheilbar werden und in einen Schwächezustand übergehen, den man in manchen Fällen auch als Verrücktheit bezeichnen kann, den Uebergang in eine solche Form von Verrücktheit zu beobachten, wie ich sie im Folgenden zu beschreiben gedenke. Von dieser, so wie auch von andern Formen der Verrücktheit ist das secundäre Stadium der primären Seelenstörungen ganz gewiss zu trennen, und dies zu thun, wird man bei genauerer Beobachtung auch dann im Stande sein, wenn die Kranken nicht im primären Stadium zur Beobachtung kamen. Es kommt eben, und dies gilt nicht nur für die Klasse der Verrückten, sondern auch für die andern Geisteskrankheiten und kann, meiner Ansicht nach, gar nicht genug betont werden,

*) Von dieser in seinem Lehrbuche noch vorgetragenen Ansicht ist Griesinger mit Snell (worüber unten mehr) schon längere Zeit abgegangen, wie ich schon vielfach von ihm zu hören Gelegenheit hatte, und wie er es auch in dem im ersten Hefte dieses Archivs abgedruckten Vortrage bei Eröffnung der psychiatrischen Klinik andeutet. (Vgl. dieses Archiv, Heft 1, p. 148.)

bei der Diagnostik der einzelnen Formen und überhaupt bei der ganzen Auffassung der Krankheit nicht sowohl auf die jeweilig grade vorhandene Stimmung, auf diese oder jene Wahnidee an, als vielmehr auf die ursprüngliche psychische Anlage, auf die Ursache und den Verlauf der Krankheit, kurz, auf ihren Entwicklungsgang im Ganzen. Wenn aber ein grosser Theil des Verlaufs der Krankheit, und zwar ein für ihre Beurtheilung sehr wesentlicher, in eine Zeit fällt, wo der Kranke der Beobachtung des Arztes nicht unterstellt ist, in welcher er seiner Umgebung sogar gewöhnlich nicht weiter auffällt oder wenigstens nicht für geistesgestört gilt, wenn die oft unzuverlässige oder ungenaue Anamnese bei der Diagnose von entscheidendem Einfluss sein muss, so lassen sich wohl die Schwierigkeiten leicht begreifen, welche ein auch nur einigermassen die verschiedenen Arten sichtendes Studium der Verrückten, die ja meist erst in einem vorgerückten Stadium ihrer Krankheit zur Beobachtung kommen, bietet. Bis zu einem gewissen Grade freilich können retrospective Aeusserungen der Kranken selbst der Beobachtung zu Hilfe kommen, indem sie auf frühere Gewohnheiten und Lebensverhältnisse hinweisen oder auch durch die im Beginn der Krankheit percipirten Wahnvorstellungen die ursprünglichen abnormen Sensationen und ihre organische Begründung erkennen lassen; aber es bedarf bei der Würdigung solcher Aeusserungen des Kranken einer grossen Vorsicht, und man muss sich ebenso weit von einer nur willkürlichen Deutung, als von gänzlicher Vernachlässigung derselben fern halten.

Die Kranken, welche wir im Auge haben, sind hereditär zu Geistesstörungen disponirte männliche Individuen und zeigen diese Disposition von Jugend auf. Es ist in der Kindheit nicht grade oder wenigstens nur in geringerem Masse die Sphäre der Intelligenz, welche betroffen erscheint; denn sie erreichen in der Schule meist das mittlere Mass von Kenntnissen, welches ihren Verhältnissen entspricht. Dagegen macht sich früh schon eine abnorme Gemüthsrichtung bemerkbar; die Knaben sind still, träumerisch und halten sich fern von ihren Altersgenossen; es sind „sanfte, ruhige Kinder,“ die Freude der Mutter und desshalb später um so mehr ihr tiefster Schmerz. Aber in ihrer Isolirtheit überlassen sich diese Knaben ihren eignen phantastischen Gedanken und Träumereien, wozu sich unklare Vorstellungen aus dem in ihrer Umgebung oder in der Schule Gehörten oder aus der ihnen gegebenen Lectüre gesellen. Dadurch entstehen Gedankenreihen und Vorstellungen, welche zunächst zwar nicht geäussert werden, aber sicher den späteren Wahnideen zu Grunde liegen und ihnen ihre cha-

racteristische Färbung geben. Ja es scheint sogar, als ob schon in diesem Alter einzelne in gelegentlichen Krankheiten aufgetretene Delirien, zu denen ja Kinder, namentlich bei neuropathischer Disposition so sehr geneigt sind, festgehalten werden, und wenn sie auch vorläufig in den Hintergrund treten, doch später wieder auftauchen und in das Wahnsystem mit eingehen. Den so eben geschilderten psychischen Eigenthümlichkeiten dieser Kinder entsprechen keine, ihnen allein zukommenden somatischen, sondern nur solche, wie sie eben bei den neuropathisch disponirten Individuen im Allgemeinen sich finden. Sie entwickeln sich sogar im Ganzen körperlich normal und tragen keine auffälligen Zeichen der Degeneration an sich. Nur die Neigung zu cerebralen Erkrankungen oder zu schweren Erscheinungen von Seiten des Gehirns bei verhältnissmässig leichten Krankheiten anderer Organe, Convulsionen in der Dentitionsperiode und später bei geringen Störungen, in den späteren Jahren Kopfschmerz, hin und wieder Schwindelanfälle, Aufschrecken im Schlafe und ähnliche Symptome, welche in ihrer Bedeutung für das spätere Leben der davon befallenen Kinder noch viel zu wenig gewürdigt werden, lassen jene psychischen Eigenthümlichkeiten nicht als einfache Characterunterschiede eines gesunden, sondern als bedrohliche Erscheinungen eines kranken Organismus erkennen.

Einen traurigen und wesentlichen Fortschritt macht die abnorme geistige Richtung dieser Knaben in der Entwicklungsperiode, welche ja auch dem gesunden Knaben häufig Empfindungen und Vorstellungen aufdrängt, die ihn seiner Umgebung entfremden. Sehr richtig scheint mir in dieser Beziehung die Schilderung zu sein, welche Hornemann in einem Aufsatze über die Schulhygiene (Journal für Kinderkrankheiten. 1867. p. 198—248) gibt, der ich einige Worte entlehnen will. Er sagt (p. 227): „Gemeiniglich wird man, selbst bei gesund entwickelten Knaben, nicht allein mehr Nachdenken, sondern auch mehr Selbstgefühl bemerken, was in Verbindung mit einzelnen auftauchenden, für den Burschen selbst unerklärlichen erotischen Empfindungen denselben stiller und in sich gekehrter machen kann und ihm leicht die Empfindung verleiht, als sei er verkannt oder würde nicht genug geschätzt. Diese Empfindung ist es nun, die, wenn er anfängt, an ein Ideal zu glauben, späterhin damit endigt, dass er sich schon in diesem Alter verliebt, dann aber immer in ein Frauenzimmer, welches älter als er ist, und seinem Ideale besser entspricht." Die hier geschilderte Gemüthsrichtung, welche bei gesunden Knaben nur in geringen Graden vorübergehend auftritt, entwickelt sich bei den

krankhaft prädisponirten Individuen, welche wir im Auge haben, in stärkerem Grade und immer fortschreitend. Einige von ihnen verlieren schon früh (gegen das Ende der Entwicklungsperiode) die äussere Besonnenheit, sie verfallen schnell den Sinnestäuschungen und concipiren die Wahnvorstellungen', welche sich bei den andern erst später entwickeln und welche nachher geschildert werden sollen, und sie versinken in rapidem Fortschritt in einen Zustand von geistiger Schwäche, welcher sich von andern Terminalzuständen recht wohl unterscheiden lässt. Andere hingegen (und mit ihnen beschäftige ich mich hier vorzugsweise) bleiben längere oder kürzere Zeit, zuweilen bis tief in die zwanziger Jahre besonnen, und werden von ihrer Umgebung nicht für krank gehalten, höchstens mit einem jener vielen Ausdrücke belegt, welche dem grösseren Publikum zur Bezeichnung psychischer Abnormität zu Gebote stehen. Sie widmen sich also mit mehr oder weniger Geschick einem Berufe, zeigen auch sogar einiges Talent, oft in einseitiger Richtung. Dagegen wird die Gemüthsstimmung eine immer mehr abnorme, je älter sie werden, und je mehr man daher einen ausgebildeten und fest entwickelten Character erwarten kann; denn sie bleiben eben beständig auf jener Stufe des sich entwickelnden Knaben stehen. Meist ziehen sich solche Individuen zurück, bleiben isolirt, suchen aber andrerseits die Aufmerksamkeit andrer Personen durch ein auffälliges, oft affectirtes Benehmen auf sich zu ziehen, und sind sehr empfindsam, reizbar, fühlen sich beleidigt durch Aeusserungen, bei denen man vielleicht an sie gar nicht gedacht hat. Im Allgemeinen sich vor dem Umgang mit dem weiblichen Geschlecht scheu zurückziehend, schwärmen sie für ein Ideal und wählen dazu meist ein Mädchen, welches sie oft nicht gesprochen, manchmal eben nur ein Mal gesehen haben, und glauben sich ohne Veranlassung auch von diesem geliebt. Nimmt man dazu einen hohen Grad von Schlaffheit und Energielosigkeit, welche bei Widerwärtigkeiten, bei eingebildetem Unrecht ein wirkliches Handeln verhindert, und statt dessen krampfhaftes Weinen oder Zustände von Exaltation hervorruft, in denen sie theatralisch gestikulirend mit grossen und lauten Schritten hin- und hergehen, in pathetischem Tone ihre Verzweiflung äussern und selbst in eine eigenthümliche, den hysterischen ähnliche Art von Zuckungen verfallen können, so hat man ein Bild der psychischen Eigenthümlichkeiten jener disponirten Individuen, welche in ihrer spätern Krankheit sich noch deutlicher markiren. Es kommt nur noch eine mehr oder weniger ausgeprägte Hypochondrie hinzu, welche sich ebenso wohl bei leichteren körperlichen Beschwerden in einer denselben nicht entsprechenden Aengstlich-

keit, als auch beim Umgange mit Andern in einer gewissen Pedanterie äussert. Die körperliche Entwickelung geht inzwischen im Ganzen regelmässig von Statten und es zeigen sich im somatischen Verhalten keine wesentlichen Anomalien bis auf die durch die Masturbation hervorgerufenen Störungen, zu welcher sich ebenso wie bei den übrigen neuropathisch disponirten Individuen schon frühzeitig die Neigung einstellt.

Aus dieser geschilderten Anlage heraus entwickelt sich allmälig, oft erst spät erkennbar die geistige Störung bald unter Mitwirkung anderer (accidenteller) Momente, bald ohne solche, so dass die Krankheit, wenn sie die Versetzung in die Anstalt zur Folge hat, gewöhnlich schon weit vorgeschritten und als Verrücktheit zu bezeichnen ist. Die ersten Sinnestäuschungen schliessen sich direct an die oben geschilderten „Einbildungen" des physiologischen Zustandes an, oder vielmehr die letzteren werden intensiver und nicht mehr durch die Intelligenz beherrscht. Die Kranken sehen und hören, dass man sie zurücksetzt, dass man ihnen nicht wohl will; es wird dies nicht direct gesprochen, aber man gibt es ihnen zu verstehen; die gewöhnlichsten und einfachsten Dinge finden eine sonderbare und auffällige symbolische Deutung, welche diesen Entwickelungszustand einer Verrücktheit gleich von der einfachen Melancholie, selbst wenn sie von Sinnestäuschungen begleitet ist, wohl unterscheiden lässt, ganz abgesehen davon, dass jene Kranken sich äusserlich noch gar nicht von ihrem früheren Verhalten unterscheiden. Dazu kommt die gleichzeitige Entwickelung anderer Vorstellungen, bei den jüngeren Individuen gewöhnlich ein imaginäres Liebesverhältniss. Diese oder jene Dame, die der Kranke oft nicht gesprochen hat, hat sich in ihn verliebt, sie wird nur ihm trotz aller Hindernisse angehören, sie ermuntert ihn ebenfalls zur Ausdauer u. dgl. Bald nehmen die Sinnestäuschungen immer mehr zu: hinter jedem beliebigen Vorfall finden die Kranken eine Anspielung auf sich, auf den Strassen wird ihnen nachgerufen, die Leute sehen sie bedeutungsvoll an oder spucken vor ihnen aus, in den Zeitungen wird über sie berichtet u. s. w. Sehr schnell auch kommen durch Geschmacksillusionen, Uebelkeit und Appetitlosigkeit hervorgerufen, die Ideen der Vergiftung. In relativ kurzer Zeit, eigentlich gleich von Anfang an, sind alle diese „Verfolgungsideen" in ein System gebracht. Es ist eine Gesellschaft, eine geheime Verbindung, die den Kranken verfolgt, weil er ihr im Wege ist (nicht weil er unwürdig ist und Strafe verdient oder wie sich sonst der Melancholische ausdrücken würde!); die Familie jenes Mädchens, welches ihn liebt, setzt ihm Hindernisse entgegen, sucht ihn der Geliebten als einen schlechten Menschen darzustellen und hat ihn

desshalb überall verleumdet, jene Zeitungsartikel veranlasst u. dgl.; endlich ist es auch die eigene Familie des Kranken, welche ihn mit Abscheu betrachtet und ihm nachstellt. Diese fürchterliche innere Unruhe, welche die Kranken quält, wissen sie oft sehr lange ihrer Umgebung zu verbergen, so dass sie äusserlich noch verständig ihren Geschäften nachgehen, freilich nicht mehr mit der früheren Umsicht, oft als Spielball bizarrer Launen und Sonderbarkeiten geltend und durch ihr Benehmen eine Qual für die Familie. Trotz der starken Gemüthsleiden kommt es bei der Schlaffheit der Kranken verhältnissmässig nur selten zu gewaltthätigen Explosionen, dagegen oft zu erschütternden Scenen, in denen sie ihr Elend und ihre Verzweiflung in wahrhaft dramatischer Weise unter Thränen und tragischen Geberden zum Ausdruck bringen. Häufen sich solche Ausbrüche und sind sie intensiv, so werden die Kranken zeitig in die Anstalt gebracht, in anderen Fällen aber geschieht dies erst nach längerer Zeit und nachdem die Krankheit schon weitere wesentliche Fortschritte gemacht hat.

Mit der Zunahme der Sinnestäuschungen nämlich, welche bald den gesammten Verkehr des Kranken mit der Aussenwelt verfälschen, und mit der symbolischen Deutung fast aller wirklichen Vorkommnisse verbinden sich auftauchende Erinnerungen aus früheren Jahren an Aeusserungen und Thatsachen, die ebenfalls im Sinne der herrschenden Vorstellungen ausgelegt werden; namentlich ist es nicht selten das frühere Gefühl der Zurücksetzung, welches dem Kranken den Gedanken eingibt, dass er von seinen Eltern nicht wie die Geschwister behandelt worden sei. Auch mag es wohl, worauf schon oben hingewiesen wurde, vorkommen, dass Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen, welche in den Kinderjahren bei Gelegenheit von Hirnaffectionen oder in Fieberdelirien entstanden und bisher vergessen waren, wieder in den Vordergrund des Gedankenkreises treten. Wie es sich auch mit dem letzterwähnten Umstande verhalten mag, so ist doch sicher, dass bald in dem Kranken die Idee entsteht, dass er gar nicht in den Kreis seiner Familie gehöre, dass er nur ein Adoptivkind sei. Diese Idee gewinnt immer mehr Raum, wird in vielfältiger und mannigfaltiger Weise begründet, und es entsteht so ein durchgebildetes System von Wahnvorstellungen. Der Kranke ist eigentlich einem hohen Geschlecht, meist einem regierenden Fürstenhause entsprossen, er ist in frühster Kindheit geraubt oder entführt oder aus irgend einem Grunde von seinen hohen Eltern den von ihm nun als Pflegeeltern angesehenen Personen übergeben worden; man fürchtet ihn nun, man vermuthet, er wird die ihm vorenthaltene Stellung mit Gewalt an sich zu bringen suchen, er

soll desshalb unschädlich gemacht, aus dem Wege geräumt werden, und daher ist er allen jenen Verfolgungen ausgesetzt. Schon oft sind ihm Andeutungen in diesem Sinne gemacht worden, die er früher nicht immer verstanden hat; ein Portrait des regierenden Fürsten hat irgend eine Aehnlichkeit mit ihm, diese oder jene hohe Person hat ihn bedeutsam angesehen, in Zeitungen und Bildern, die er irgendwo sieht (einige Male war es der Kladderadatsch), finden sich darauf bezügliche Mittheilungen u. dgl. Ist das Wahnsystem einmal so weit gediehen, so schreitet es schnell immer weiter vor. Jedes Ereigniss steht in Verbindung mit dem Kranken, geschieht zu seinen Gunsten oder Ungunsten und soll in seine Verhältnisse eingreifen. Politische Vorgänge, welche in den Zeitungen erwähnt werden, mehr oder weniger grossartige Naturerscheinungen, Unglücksfälle und alles andere sind entweder die Strafen für diejenigen, welche dem Kranken in den Weg treten, oder sie dienen, um seinen baldigen Sieg über die Widersacher zu verkünden; denn bald ist es auch die göttliche Allmacht selbst, in deren besonderem Schutze er steht, und welche ihn zu einer die Welt beglückenden und befreienden Mission auserwählt hat. Immer mehr nähert sich der Kranke einem Zustande gänzlicher Verwirrtheit und producirt die sonderbarsten und durch ihre eigenthümliche, märchenhafte Färbung interessanten Wahnvorstellungen. Nicht nur er selbst ist eigentlich eine andere Person, als wofür er gilt, sondern seine ganze Umgebung und alles was mit ihm in Berührung tritt, gilt ihm als verfälscht; er ist von Personen umgeben, die mit ihm schon unter anderem Namen in Berührung gekommen sind; er selbst hat schon ein oder mehrere Male in anderer Gestalt, selbst als Thier, auf der Erde gelebt, und es gehen beständig Verwechselungen und Vertauschungen, Versetzungen in andere Orte mit ihm und seiner Umgebung vor u. dgl. m.

Den letztgeschilderten Zustand geistiger Schwäche und gänzlicher Verwirrtheit erreichen aber die Kranken im Allgemeinen nicht schnell, sondern nur allmälig, und es kommen auch Fälle vor, wo die Krankheit auf einer niedrigeren Stufe der Entwickelung entweder lange, oft Jahre lang verweilt, oder auch vielleicht ganz stehen bleibt. Ausserdem kommen nicht selten längere oder kürzere Remissionen vor, in denen die Kranken ihre Aufregung mehr oder weniger vollständig verlieren, eine grössere äussere Besonnenheit annehmen und wohl auch, wenn sie auch im Ganzen an ihren Wahngebilden festhalten, doch einigermassen einsichtig für dieselben sich zeigen. Doch hält dieser Zustand relativer Ruhe nicht lange an; ohne äussere Ursache (in der Anstalt meist bei Veranlassung des Verlangens nach

Entlassung) brechen sie plötzlich wieder los, drohen ihren Widersachern mit den Strafen Gottes und sehen ihren baldigen Triumph vor Augen. In solchen Augenblicken nimmt die Aufregung des Kranken einen wahrhaft dramatischen Character an, der auch sonst im ganzen Verlaufe der Krankheit nicht selten zu Tage tritt, während zu anderen Zeiten Ausbrüche schlaffer, energieloser Verzweiflung sich einstellen. Es ist endlich zur Vervollständigung des Krankheitsbildes noch darauf hinzuweisen, dass die Kranken selbst bei schon weitgediehener Ausbreitung ihres Wahnsystems oft nur schwer zur Darlegung desselben zu bewegen sind, und dass es gewöhnlich einer stärkeren Aufregung bedarf, um ihnen dasselbe zu entreissen. —

Bevor ich nach dieser gedrängten Uebersicht des Verlaufs der Krankheit einzelne Beispiele derselben anführe, erscheint ein kurzer Rückblick auf die Literatur geboten. Es unterliegt keinem Zweifel, dass sich ähnliche Fälle, wie ich im Auge habe, schon vielfach angeführt finden, ohne dass aber ein besonderer Hinweis auf ihre Eigenthümlichkeit stattfände. Es sind daher eigentlich nur zwei Autoren zu nennen, welche den Gegenstand eingehender behandeln. Der erste, Morel in seinem traité des maladies mentales (p. 126 und 718), erwähnt bei Besprechung der Hypochondrie und der daraus hervorgehenden Psychosen die „Transformation“ der Verfolgungsideen in Grössenideen. Doch geht er auf die primäre Natur der Geistesstörung nicht ein, und es scheint ihm entgangen zu sein, dass von Anfang an sich Grössenideen, wenn auch zuerst weniger deutlich, neben den Verfolgungsideen finden. Dazu kommt, dass er mir ein zu bedeutendes Gewicht auf das hypochondrische Element zu legen scheint, welches allerdings wie bei den meisten zu Psychosen disponirten Individuen auch bei den unserigen sich in früher Zeit findet, aber doch bei Weitem nicht so hervortritt, dass sich daraus die Bezeichnung: „hypochondrische Verrücktheit“ (folie hypochondriaque) rechtfertigen liesse, zumal dieser Ausdruck für eine Categorie ganz anderer Geistesstörungen zu reserviren ist. — Eingehender und richtiger hat Snell die beschriebene neben anderen Seelenstörungen ins Auge gefasst (Ueber Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. Vortrag, gehalten in der Naturforscher-Versammlung in Hannover, abgedruckt in der Allgem. Zeitschrift für Psychologie. Bd. 22. p. 368—381). Er hebt sehr treffend die primäre Entstehung einer Reihe von Geisteskrankheiten hervor, welche man gewöhnlich, aber mit Unrecht, aus den Formen der Melancholie oder Manie ableitete, und bezeichnet jene als Monomanieen, wobei er natürlich von den bekannten Missdeutungen dieses Ausdrucks

absieht. Aber ebenso wohl diese Missdeutungen, welche doch einmal vorhanden sind und immer wieder zu nutzlosen Erörterungen werden Veranlassung geben, als auch der Umstand, dass eigentlich das Seelenleben unserer Kranken (und dies gilt von allen primär Verrückten) sehr tief ergriffen ist und eigentlich von Haus aus nie recht gesund war, scheinen es mir zu rechtfertigen, wenn man den Namen der Monomanie ganz fallen lässt. Ebenso kann ich die mir sonst passender scheinende Bezeichnung des „Wahnsinns" der vielen theils populären, theils wissenschaftlichen oder legalen Bedeutungen wegen, welche ihm schon beigelegt sind, nicht recht für die in Rede stehenden Krankheitsformen aufnehmen. Ich möchte daher als passendsten Ausdruck den „der Verrücktheit" vorschlagen, ein Ausdruck, der zwar auch im populärem Sinne abweichend gebraucht wird, der aber doch in der Wissenschaft schon lange und ziemlich allgemein in demselben Sinne gebraucht wird, und welcher, wie schon einmal von anderer Seite bemerkt worden, gerade sehr richtig zu bezeichnen scheint, dass der Standpunkt dieser Individuen, von wo aus sie ihr Verhältniss zur übrigen Welt beurtheilen von der normalen Stelle gerückt, also verrückt ist. Wir haben dann eine secundäre, aus den primären Formen (Manie und Melancholie) sich entwickelnde Verrücktheit, und eine primäre, gleich als solche auftretende, welche sich wahrscheinlich wieder in Unterabtheilungen wird scheiden lassen. In letzterer Beziehung nämlich muss ich hinzufügen, dass mir die von Snell angeführten Fälle nicht alle denselben Entwickelungsgang genommen zu haben scheinen; namentlich aber trägt von ihnen allen, soweit sich dies aus den kurzen Krankheitsskizzen erkennen lässt, nur einer die Charactere derjenigen Geisteskrankheit an sich, welche ich bei der vorher gegebenen Schilderung im Auge hatte, nämlich der sechste (p. 374). Darf ich mir für die im Ganzen wenig umfangreiche Gruppe dieser Kranken, welche mir schon seit mehreren Jahren auffielen, eine besondere Benennung vorzuschlagen erlauben, so würde ich sie als „originäre Verrücktheit" bezeichnen, und zwar hauptsächlich im Hinblick darauf, dass die betreffenden Individuen von Haus aus krankhaft organisirt erscheinen und schon in ihrer Jugend, selbst wenn man sie da nur als disponirt bezeichnen will, die Neigung haben, ihre Gedanken mit Vernachlässigung der Wirklichkeit in träumerischer Weise auszuspinnen, gerade wie sie es später mit ihren krankhaften Vorstellungen in fast romanartiger Weise thun.

Zur näheren Erläuterung des vorher geschilderten allgemeinen Verlaufs der Krankheit mögen nunmehr einige Krankengeschichten folgen,

welche ich so auszuwählen mich bemühen will, dass sie, wenn auch im Ganzen den Character der in Rede stehenden Krankheitsform zeigend, doch auch den vorkommenden individuellen Verschiedenheiten Rechnung tragen. Die erste Beobachtung, welche gewissermassen als Typus der ganzen Form dienen kann, zeigt zugleich, wie langsam sich die Krankheit entwickelt, und wie lange sie der Umgebung des Kranken verborgen bleibt.

I. Beobachtung.

B. M., 35 Jahre alt, Geometer, evangelischer Religion. Die hereditäre Anlage wird nicht zugegeben, ist aber sogleich klar, wenn man die Mutter und die Brüder des Patienten sieht. Ueber frühere Krankheitszustände ist Nichts in Erfahrung zu bringen, doch wird angegeben, dass er schon als Kind oft des Nachts aufschrie, zuweilen sogar aufsprang und sich ängstlich in einen Winkel verkroch. Masturbation gibt er selbst zu. M. soll bis kurz vor seiner Aufnahme noch seine Arbeiten (er war bei den Vermessungen zur Regulirung der Grundsteuer beschäftigt) gut verrichtet und nichts Auffälliges gezeigt haben. Plötzlich soll er mit verschiedenen Verfolgungs- und Vergiftungs-Ideen hervorgetreten sein und in der letzten Zeit eine so heftige Aufregung gezeigt haben, dass seine Aufnahme in die Anstalt nöthig wurde. Ueber ein Liebesverhältniss, welches er einige Zeit vorher anknüpfen wollte oder angeknüpft zu haben glaubte, sprach er selbst sich nicht näher aus, und die Angehörigen konnten darüber keine Auskunft geben.

M., ein grosser, sehr kräftiger und gut genährter Mann, hat einen verhältnissmässig kleinen Kopf mit schmaler und stark zurückweichender Stirn. Anderweitige körperliche Abnormitäten sind an ihm nicht wahrzunehmen, mit Ausnahme eines häufigen, heftigen Zwinkern der Augenlider, welches zuweilen auch auf die Wange spastisch übergreift, und welches wohl durch die Kurzsichtigkeit und die Gewohnheit, eine Brille zu tragen, die er gegenwärtig abgelegt hat, sich erklärt. Im Verlaufe der Krankheit wurde oftmals eine nicht constante Pupillendifferenz beobachtet. — Ueber seine Wahnvorstellungen spricht er sich die ersten vier Wochen lang gar nicht aus, sondern läugnet sie auf Befragen rundweg ab. Er habe seit drei Jahren Nachts viel an Alpdrücken gelitten, sei oft plötzlich aufgewacht und habe laut geschrieen; seit drei Wochen habe sich eine sehr veränderte Stimmung eingestellt, deren er nicht Herr werden könne; er vergesse oft, auf Fragen zu antworten, schimpfe manchmal in heftigster Aufregung ohne irgend welche Ursache. So weit gingen seine eigenen Angaben. Dabei zeigte er ein ganz unselbstständiges, energieloses Wesen, war oft sehr bewegt, ging dann händeringend und jammernd in innerer Unruhe auf und ab, verlangte beständig seine Entlassung und verrieth dabei einen Mangel an Urtheil. So verhielt er sich vier Wochen, ohne seine Wahnideen preis zu geben; nach Ablauf derselben machte er einen Fluchtversuch, welcher missglückte, und begann, zurückgebracht, in grosser Aufregung seine Leiden zu erzählen, da „seine Stunden nun doch gezählt seien". In sehr feierlicher Stimmung theilt er Folgendes mit: Seit vier Jahren wäre er nun schon den mannigfaltigsten Verfolgungen ausgesetzt; früher wären ihm Fallen gestellt worden auf dem Eise, auf dem Wasser. Seit zwei Jahren werde er von der Presse verfolgt. Unter den Buchstaben B. M. kämen Annoncen mit der Beschuldigung der Onanie.

Fast alle Zeitungen, mit Ausnahme der Volkszeitung und der Spenerschen Zeitung, vor Allem aber der Kladderadatsch zögen unter dem Mantel der Doppelsinnigkeit gegen ihn los. In R. hätte man ihm auf seiner Reise Briefe gefälscht, Koffer erbrochen u. s. w. In Spandau hätten seine Wirthsleute fortwährend versucht ihm ein Gift beizubringen, das die Manneskraft zerstöre, den Muthigen schwäche, den Hodensack zum Verschrumpfen bringe u. s. w. Auch hier in Berlin habe er keine Ruhe gehabt; man hätte bis hierher aus der Ferne auf ihn eingewirkt durch geheimnissvolle Mittel, durch thierischen Magnetismus. Das Herz würde ihm an die Rippen gezogen, die Gedanken errathen, er selbst gezwungen zu bestimmten Gedanken; die giftigen Dämpfe würden aus weiter Entfernung auf ihn losgetrieben, er habe ganz bestimmt diese Dämpfe gerochen; das Gift schmecke wie Stahl. Die Gedanken kämen ihm aus der Brust heraus, nicht aus dem Kopfe. Sodann hätte er den ganzen Tag keine Ruhe, weil sie ihn ununterbrochen mit Klopfen und einem kratzenden Geräusch verfolgten. In der äussersten Angst wäre er, von ihnen verfolgt, von R. bis hierher 50 Meilen in vier Tagen gelaufen; unterwegs hätte man ihm auf offener Strasse eine Bahre mit einer Leiche hingestellt, ihn in die Kirche getrieben, wo er eine Stelle aus der Offenbarung Johannis hätte lesen müssen, um von hinten dann füsilirt zu werden.

Gefragt, was denn das für Leute wären, die ihn verfolgten, giebt er an, er habe keinen bestimmten Verdacht gegen Leute in diesem Hause; er glaube der Gegenstand einer politischen Verfolgung zu sein. Es stecke nämlich dahinter ein Geheimniss; er wäre eigentlich in Potsdam geboren, der verstorbene König sei sein Vater, er wäre bald nach seiner Geburt zu seiner Mutter nach K.-W. gebracht worden. Er hätte schon lange die Flucht überlegt aus dieser Anstalt, weil er unglücklich darüber gewesen sei, dass er als junger kräftiger Mensch so lange in einem Irrenhause bleiben müsse. Er habe geschwiegen bis jetzt, um nicht auch Andere in sein Unglück mit hineinzuziehen: „Meine Herren, sie sind jetzt demselben Schicksale ausgesetzt wie ich; auch Sie werden binnen Jahresfrist im Irrenhause sein. Nehmen Sie es nicht auf die leichte Schulter. Kein Mensch hat so gelitten wie ich; ich soll über Eck gebracht werden, machen Sie es dann schnell mit mir. Das sind die letzten Worte, die ich Ihnen gebe. — Ich bin fix und fertig."

Bald wieder beruhigt, blieb er wieder mehrere Wochen zurückhaltend, sprach nur selten und andeutungsweise von seinen Wahnvorstellungen, blieb gänzlich unbeschäftigt und liess durch sein Verhalten erkennen, dass er hallucinire. Plötzlich wurde er wieder einmal sehr heftig und schrie laut auf: „Herr! sind Sie verrückt; wie können Sie sagen, dass ich krank sei! Da oben wohnt Einer, der wird Sie richten. Er wird nicht dulden, dass ich ungestraft zu Grunde gerichtet werde!" Dann liess er sich etwas ruhiger dahin aus, dass er unter Gottes besonderem Schutze stehe, seine Person sei heilig, wer ihn anrühre, werde für immer verflucht sein. Ein Fluch werde über die ganze Stadt kommen, in der er getödtet werde, „jetzt in dieser Stunde steigt der Fluch herab".

Er fährt dann in seinen Wahnideen fort: Er sei der Sohn Friedrich Wilhelms III., der berechtigte Thronerbe des verstorbenen Königs. Im Kirchenbuche zu Potsdam sei dies eingetragen. Er erinnere sich, dass er als zweijähriger Knabe in Potsdam in einem schönen Garten gewesen sei. Seine rechte Mutter sei die Tochter Napoleons gewesen. Später sei er zu seiner Pflegemutter gebracht. Der jetzige König, der den Thron unrechtmässig besitze, trachte ihm nach dem Leben.

Nachdem er erst draussen auf jede Weise verfolgt, so dass er vom Kyffhäuser bis Potsdam gelaufen sei, ohne ein Stück Brod kaufen zu können, weil auf höhere Befehle alle Läden geschlossen; nachdem er auf diese und andere Weise verfolgt worden (er wiederholt die früher gemachten Angaben), sei er hierher gebracht, um wahnsinnig gemacht und getödtet zu werden.

Spricht in starkem Affect von den Qualen, die er hier duldet. Er haucht den Arzt an und fordert ihn auf, zu prüfen, wie sein Athem stinke durch vergiftete Gase, die ihm zugeschickt würden. Hört ein beständiges Poltern während er spricht. Durch lebende Bilder werden seine Gedanken errathen und Anderen mitgetheilt. In der Kirche sei ihm ein Sperling zur Linken geschickt worden. Der Arzt unterstütze die Anschläge gegen ihn wider seinen Willen, er sei ein Werkzeug, das man, nachdem es gebraucht, aus dem Wege schaffen werde. Er und viele Andere würden schwer büssen, wenn er ihn (Patient) nicht gehen lasse.

Diese Angaben, welche M. hier gemacht hat, sind von ihm noch detaillirter in einem Schriftstück ausgesprochen, welches er einige Zeit später verfertigte. Ich glaube es hier wiedergeben zu sollen, da es in charakteristischer Weise die Eigenthümlichkeiten der in Rede stehenden Krankheit an sich trägt, und da es zugleich zeigt, wie lange die Krankheit schon dauerte, ehe man sie äusserlich bemerkte. Dasselbe lautet:

„Was ich in Folgendem niederschreibe, ist meinem besten Wissen und Dafürhalten nach die Wahrheit. Ich schreibe es nieder im vollen Bewusstsein meiner körperlichen und geistigen Kräfte: so wahr mir Gott helfe zur Seligkeit. Amen.

Bis vor ganz kurzer Zeit glaubte ich, dass mein Geburtsort K.-W. wäre, 4 Meilen von Berlin belegen. Die Ereignisse der neuesten Zeit haben in mir Erinnerungen rege gemacht, aus denen es hervorgeht, und zwar mit unzweifelhafter Gewissheit, dass ich nicht in K.-W., sondern in Potsdam geboren bin. Die Erinnerungen datiren, da ich am 3. April 1828 (wenn es nicht Verrath ist) geboren bin, von langer Zeit her. Ich war als Knabe von 2 bis 3 Jahren in Potsdam in einem Hause, wenn ich nicht irre vor dem Thore. Ich kenne dies Häuschen, es liegt in der Nähe der Wohnung des Oeconomie-Raths H. Hinter diesem Häuschen war ein kleiner Garten, durch den in der Mitte rechter und linker Hand Erdbeerbeete, die einen Fusssteig begrenzten, lagen. Von diesen Beeten hat mir Friedrich Wilhelm III. mit unendlicher Mühe Erdbeeren gepflückt, und hat mir mit grosser Freude die Jungen in einem Nachtigallenneste gezeigt, das in einem zur Seite stehenden Cedernbusch war.*) Dunkel erinnere ich mich ausserdem noch, dass ich in seiner Arbeitsstube mit Dingen gespielt habe, die mir der König reichte. Unter Anderem schön bemalte Pfeifenköpfe. Ich trug damals noch ein rothes Röcklein und weisse Hosen; kroch auch noch auf den Knieen. Dies weiss ich mit voller Bestimmtheit. Der Garten ist, so viel ich weiss, an drei in denselben gepflanzten Lindenbäumen kenntlich.

Von dieser Zeit an bis zum Erwachen des vollen Bewusstsein verging mein Leben in K.-W. Wie ich dort hingekommen bin, weiss ich nicht mit voller Bestimmtheit. Aus den Schreiben, welche noch bis auf die neueste Zeit im Besitze meiner Pflegemutter waren, so wie aus den Erfahrungen, welche ich jetzt gemacht habe, schliesse ich, dass Wilhelm I., der jetzige König von Preussen, meine Mutter

*) Offenbar Erinnerungen aus der Kindheit, modificirt durch die späteren Wahnvorstellungen.

im Wochenbette vergiftet hat. Friedrich Wilhelm III. hat mich um mich zu schützen unter den Schutz der Prinzen Carl und Albrecht irgend wohin gebracht. Dort bin ich geraubt und Friedrich Wilhelm III. ist von seinem Sohne dem jetzigen König Wilhelm I. vergiftet. Sind diese Thatsachen gelogen, lüge ich sie nach. Jedenfalls sind sie so viel werth, dass sie der Krone, event. den Prinzen Carl und Albrecht zur näheren Untersuchung mitgetheilt werden. Die Gründe, welche mich dazu veranlassen, werde ich unten näher mittheilen.

Da ich nicht weiss ob ich morgen früh noch unter den Lebenden sein werde, wenn ich es nicht mehr bin, hat mich der (jetzige) Kronprinz Friedrich Wilhelm unter Anwendung des thierischen Magnetismus erstickt, will ich heut mir noch mein Kreuz verdienen, an das ich geschlagen worden bin, im Glauben an den Allmächtigen Gott. Unter Anwendung des thierischen Magnetismus ist es möglich, die Gedanken eines Menschen zu erforschen; das sende ich und mag es mich auch mein Leben kosten hiermit in die weite Welt. Alle Erfindungen, die davon noch abhängen, finden sich später von selbst. Ich bringe der Welt mein Leben zum Opfer.

Doch Schöneres und Herrlicheres noch habe ich der Welt zu offenbaren.

Der Allmächtige Grosse Gott und Vater im Himmel; der Allgütige und Allwissende dort oben, ist hernieder gestiegen und hat Sich zum zweiten Male durch seinen Sohn Jesus Christus offenbart der Erde. Es gibt ein ewiges Leben, die Seele des Menschen ist unsterblich. Dies sind wahre Worte, die der Allmächtige der Erde zugerufen. Ist am morgenden Tage noch Leben in meiner Brust will ich es offenbaren. Bin ich dem Tode durch Mord verfallen, rufe ich noch sterbend allen Menschen zu: „Glaubet an den Grossen Gott dort oben im Himmel, und lästert nicht Seinen Namen. Lässet Euch lieber an das schwerste Kreuz schlagen; denn der da seinen Namen lästert, dem wäre besser, er wäre nimmer geboren.“

Ich stehe einem Verrathe fast in der Wiege gegenüber, und aufgerollt liegt er vor mir wie wenn er für mich niedergeschrieben wäre. Meine Kräfte nehmen aber ab von Tag zu Tag; da ich mein Schicksal in Geduld ertrage, sieht mir Niemand den schweren Kummer an, der mich drückt. Wir stehen dem Hochverrathe gegenüber, und retten uns entweder oder gehen verloren. Ein anderer Ausweg steht nicht offen.

Um eine sichere Unterlage zu gewinnen, mögen Sie mir vorerst in die Wohnung meiner Pflegemutter folgen. Dort hängen an den Wänden gar merkwürdige Bilder, deren Bedeutung ich jetzt erst erkannt habe. Einzig in seiner Art ist ein Bild auf dem die Königin Luise den verstorbenen König und den jetzigen Usurpator segnet. Die segnende Königin ist n i c h t das Portrait der Königin Luise, sondern es ist das Bild m e i n e r M u t t e r. Wie ich von Kindesbeinen an einen Beschützer, die Krone, und einen Angreifer den jetzigen König gehabt habe; so hängt auch in einer anderen Stube das Bild der wirklichen Königin Luise im Profil. Da das erstere Bild, das meiner Mutter, ein Frontbild ist, so ist mir zwar die Verschiedenheit der Bilder aufgefallen; welcher Mensch aber denkt an solch einen schamlosen Betrug des mütterlichen Segens? Mit der segnenden Königin, meiner vielleicht, wie auch aus dem Bilde hervorgeht, erst 20jährigen Mutter, habe ich sprechende Aehnlichkeit. Aber ich habe nicht die entfernteste Aehnlichkeit mit der Königin Luise. Jetzt allerdings fällt mir auch ein, dass die vorgebliche, segnende Königin Luise ihre Söhne, und zwar Friedrich Wilhelm IV. in der Generals-

Uniform, den jetzigen König in der Uniform eines Obersten segnet. Die Königin Luise ist 1810 gestorben, wo ihre Söhne noch Kinder waren; sie konnte demnach nicht erwachsene Söhne segnen, wie auf dem Bilde geschehen. In derselben Stube hängt ein gefälschtes Bild meines Grossvaters und meiner Grossmutter; so wie, von der Krone hingehängt, das richtige Bild Friedrich Wilhelms III. Denn da ich Beweise in Händen habe, dass der jetzige König mich angegriffen; wovon auch der Wahnsinn*) zeugt, in den er, wie man spricht, verfallen ist; eben solche Beweise habe ich auch in Händen, dass die Krone mich schützt. Denn als ich verfolgt vor das Palais des Prinzen Carl bei Potsdam vorbeiging, wurde mir vor demselben der Kronprinz Friedrich Wilhelm in scheinbar wahnsinnigem Zustande vorgeführt. Damals wusste ich noch nicht wesshalb ich verfolgt wurde, und begab mich nur allein aus diesem Grunde nicht zum Prinzen. — Wohl aber bewahrt meine Pflegemutter noch jetzt eine Reihe von Perlen, die nirgends Anders herstammen können, als aus der Krone meiner Mutter. Diese Perlen sind der sichere Beweis meiner Geburt rechter Hand. Die Worte mit denen meine Pflegemutter, die sehr fromm in Worten und Werken ist, von mir Abschied nahm waren Folgende: „Dir wird kein Leid zugefügt werden, denn ich weiss etwas was Dich, so wahr ein Gott im Himmel lebt, vor Unbill schützt". Meine Mutter hatte nicht die geringste Sorge meinethalben; sie verliess sich auf meine Geburt rechter Hand, und ist ebenso schmachvoll überfallen als ich. Da es die erste Sorge eines Tyrannen und Verräthers ist die Spuren zu vernichten, die seine Verbrechen hinterlassen, so können selbst die, die mich verrathen haben, mit Sicherheit mit meinem Verderben auch das Ihrige erwarten. Desshalb mag die grenzenlose Feigheit bei Seite gelegt werden um mit meiner Freiheit die Rettung Aller zu erlangen. Sterbe ich mit einem Fluche auf den Lippen für das Land das mich geboren, so wird der Fluch sich in wenig Jahren erfüllen. Niemandem steht das Recht zu mich auf der Strasse wie Strassenräuber zu überfallen und mich in ein Irrenhaus zu schleppen; ich möchte sein wer ich wollte. Entweder der blanke Mord oder die Freiheit; eines ist nur möglich. Man hat mir gesagt, dass die Aerzte durch Gold bestochen wären, ist das der Fall, dann mögen dieselben meinem grenzenlosen Leid wenigstens durch Gift ein Ende machen.

Im wahnsinnigsten Hasse bin ich hierher gebracht, und nun ich hier bin, soll ich durch schreckliche Leiden, die meinen unglücklichen Mitbürgern auferlegt werden, zum Selbstmorde gezwungen werden. Im Uebrigen wird jeder verständige Mensch einsehen, dass Wilhelm I. nur allein in der Verrücktheit nach 60 Jahren seine Mutter dadurch rächen kann, dass er den angeblichen Enkel 50 Meilen weit durch das Herz Deutschlands jagt.

Obgleich ich schon von Kindesbeinen an beschützt und verfolgt worden bin, so beginnt doch die auf Tod und Verderben hinzielende Verfolgung erst mit dem Augenblicke als ein Arzt, der Dr. R. zu R. am Harz, beim Baden, aus einem Leberflecke auf meiner rechten Lende, der die Gestalt der Insel Corsica hat, meiner Geburt nachforschte und in Erfahrung brachte, dass ich nicht der Sohn meiner Pflegemutter war. Wäre ich auch nur ein Sohn linker Hand Friedrich Wilhelm III., so wäre es doch sonderbar mich durch Gift zu betäuben und hierher zu bringen. Ich habe das Recht zu fordern, dass wenigstens die Krone von meinem Vorhanden-

*) Es ist eigenthümlich, dass diese Kranken oft von dem „Wahnsinne" anderer Personen, namentlich ihrer Widersacher sprechen.

sein im Irrenhause in Kenntniss gesetzt wird. Denn obgleich meine Gegenwart hier wohl bekannt ist, und von meinem Tode Rechenschaft gefordert werden wird, so sind doch Verhältnisse eingetreten, die ein Verlassen dieses Ortes in der Stille wünschenswerth machen. Im entgegengesetzten Falle, wenn ich über Gebühr hier bleiben muss, wird die Entscheidung auf blutigem Wege herbeigeführt, in welchem Falle diejenigen, die mich befreien, wohl wenig Umstände mit den betreffenden Beamten machen werden. Ich sage Ihnen dies zur Warnung, denn die Entscheidung kann auf Veranlassung der Krone über Nacht herbeigeführt werden. In diesem Falle werde ich Sie meine Herren nicht schützen; wohingegen ich Sie schützen kann, wenn ich in Ruhe diesen Ort verlasse. Die bewaffnete Macht ist neuerdings auf mich vereidet, und folgt meinen Befehlen in der Stunde, dass ich die Freiheit erlange. Die Freiheiten des Volkes anzugreifen ist mir nie in den Sinn gekommen; ich werde sie im Gegentheil viel weiter ausdehnen als sie je bestanden haben. Anscheinend bin ich nur hierher gebracht aus dem Grunde, dass ich, um Schleswig Holstein zu befreien, einen Krieg auf Leben und Tod beginnen würde. Das ist die Wahrheit. In dem Augenblicke, dass ich diesen Ort verlasse, wirft nach wenigen Tagen die Garde die Dänen in die Ostsee und Schleswig Holstein wird, wenn ganz Europa gegen mich in Waffen tritt, eine Preussische Provinz. Dem Enkel des Grossen Kaisers tritt Niemand entgegen. Sollte es der jenseits des Rheins wagen, ist er in derselben Stunde verloren. Doch habe ich die Zuversicht, dass er seinem Vetter beistehen wird. Es ist noch zu entscheiden, ob ein Krieg einem ehrlosen Wagen und Zaudern nicht vorzuziehen ist. Will Deutschland seinen Sternen nicht folgen, dann mag es in schmachvoller Feigheit verderben. Mir gilt mein Leben wenig, ich bin bereit es alle Tage zu beschliessen. Ich könnte mich retten, folge aber im vollen Glauben meiner Sendung und bleibe meinem Vaterlande treu bis in den Tod. Ich bin in Erregtheit und in sonderbarer Lage, so dass die Rede nicht recht fliessend ist. Desshalb übergehe ich auch bis auf spätere Auseinandersetzung mein weiteres Leben, das eine Kette von Verfolgungen ist, und beginne mit dem Zeitpunkte, an welchem der Verrath durch Angriffe der bestochenen Presse und durch Gift begann. Dass die Presse bestochen, schliessen Sie immerhin aus dem Umstande, dass das Hauptorgan des Volkes, die Berliner Volkszeitung sich gänzlich frei von dem Verrathe gehalten hat, und bis zur Stunde noch nicht weiss warum es sich handelt. Wenn das Volk in allen seinen Schichten so offenbar hintergangen wird, da handelt es sich auch um grosse Dinge.

Die Unfähigkeit in meine Rechte zu treten, wurde hergeleitet aus Selbstbefleckung und daraus hervorgegangener Impotenz. Was Letzteres anbetrifft, könnte das Gegentheil sehr bald bewiesen werden, Ersteres wurde aus dem Zustande meiner Augen geschlossen Ich habe Augen die so scharf sind wie die Augen eines Falken; durch Verrath des Dr. S. zu K., der eine Entzündung derselben auf Veranlassung des damaligen Prinzen von Preussen falsch behandelte, bin ich genöthigt eine Brille zu tragen. Ueberdem ist das Tragen einer Brille bei meinen Collegen nichts Seltenes. Mein Auge ist ein so herrliches, dass ich eine Fläche und wäre sie in der grössten Ausdehnung auf das Schärfste mit einem Blicke übersehe. Wilhelm I. hat mir den Geheimen Rath Graefe verrätherischerweise auf den Kyffhäuser nachgeschickt. Derselbe konnte meinen Blick nicht ertragen und ging als ehrloser Verräther von dannen. Ich bin nach allen Richtungen hin von der Natur auf das Schönste ausgestattet, und keine Sünde, nicht einmal das ge-

ringste Vergehen drückt meine Seele. Ueberdem ist es ehrlos und erbärmlich, einen Mann auf diese Art öffentlich anzugreifen, noch obenein durch die Presse.

Der erste Angriff geschah auf die gemeinste Art durch die Vossische Zeitung, in deren Fussstapfen der Kladderadatsch, die Montagszeitung und der Publicist traten. Diese Angriffe geschahen in Verbindung mit Gift, das mir in das tägliche Brod gemischt wurde. Das von mir ersparte Geld, das ich zur Unterstützung meiner Mutter nach Hause schickte, wurde auf der Post derartig unterschlagen, dass von 300 Thlrn. meine Mutter nur 16 Thlr. erhielt. Statt dessen erhielt meine Mutter gefälschte Briefe der allergemeinsten Art, das ist nach Allem, was ich erfahren, meine Ueberzeugung. Jedenfalls sind auch die Briefe gefälscht, die ich von meiner Mutter erhielt. Der grenzenlose Schrecken, in den meine Mutter gerieth, als ich so urplötzlich von dieser wahren Bande überfallen wurde, hat wahrscheinlich den Verstand meiner Mutter gelähmt. — Dem ersten Angriffe trat ich durch die Presse entgegen, und erst von dem wirklichen Eintritt in den Kampf her datirt das grenzenlos Verbrecherische dieses gemeinen Verrathes. Ich suchte den Verräther in der Person des Dr. R. zu R. am Harz und griff ihn durch den Kreisphysikus Dr. H. an. Die Briefe an diesen sind jedenfalls auch unterschlagen. Als ich den ersten Brief an denselben in Spandau auf die Post trug, glänzte mir im selben Augenblicke, als ich auf die Strasse trat, ein Stern entgegen, desgleichen auf dieser Erde noch nicht gesehen worden. Starr vor innerer Bewegung sank ich fast in die Knie; blieb stehen bis der Stern von einer Wolke bedeckt wurde und ging dann sinnend weiter. Dieser Stern und mein Zusammenbrechen ist wahrscheinlich bemerkt worden. Anstatt abzulassen vom Angriffe, wurde von Wilhelm I. und vom Kronprinzen Friedrich Wilhelm Gott im Himmel verrathen. Von dem Tage an, dass mir dieser Stern entgegenglänzte, waren alle Speisen vergiftet, die ich zu mir nahm. Meilenweit lief ich in meiner Angst und in meinem Schrecken, nur um unvergiftete Speisen zu geniessen. Nicht des drohenden Todes wegen, sondern ob der grenzenlosen Verruchtheit. Ich übergehe meine Leiden bis zur entscheidenden Stunde.

Es kam die Krönung in Berlin,*) und ich stellte mich an der Stechbahn auf, um den verfluchten Zug zu übersehen. In dem Augenblick, dass Wilhelm I. sichtbar wurde, liess ich mein Auge über ihn fortschweifen und es auf die Folgenden fallen. In dem Augenblicke, dass der König mir gegenüberkam, so zwar, dass ich ihn nur von der Seite sehen konnte, fasste ich ihn scharf in's Auge. Er fuhr zusammen vor starrem Schreck. Die linke Hälfte des Gesichtes zog sich krampfhaft in die Höhe und nahm eine Farbe an, ich weiss selbst nicht wie. Ich ahnte nichts Böses und ging ruhig nach Hause. — Da alle meine Briefe, die ich an ein in R. am Harz wohnendes Mädchen schrieb, unterschlagen wurden, reiste ich zum zweiten oder dritten Male selbst hin. Ich fand das Mädchen wieder nicht vor und wurde überall, wohin ich kam, mit sichtbarem Schrecken aufgenommen. Ich blieb einige Wochen dort und ging öfter auf die Rothenburg. Als ich dieselbe eines Tages verliess, glänzten mir auf dem Heimwege zwei merkwürdige Sterne in hochgelber Farbe derartig entgegen, dass die ganze Gegend in abergläubische Furcht, wie ich glaube, gerieth. Der links glänzende Stern war ganz, der Stern rechter Hand nur halb. Derselbe hatte schier die Form des Gesichts des erschreckten Königs Wilhelm I. als er vor der Stechbahn vorbeiritt. Ich war keineswegs erschreckt, ich

*) Der Kranke kam erst 1863 in die Anstalt (!).

schaute meinem Gotte ruhig in das zürnende Auge. Denn die Strahlen der Sterne sprühten Funken, wie sie beim Knistern der Flamme aus dem Ofen fliegen. Auch sagte ich Niemanden ein Wort. Aber mein ganzes Leben rollte sich auf. Am andern Tage besuchte ich die Rothenburg wieder. Alles war öde und verlassen; der fluchwürdigste Verrath war dort eingezogen, wo der Kaiser Barbarossa schläft. Ich verliess die Rothenburg absichtlich wieder zur späten Stunde, meine ahnende Seele sagte mir, dass noch andere Dinge bevorstanden. Den Stern linker Hand, den ganzen, hielt ich für den Stern meiner ermordeten Mutter: das kam mir so in die Seele. Als ich fast auf dieselbe Stelle kam, auf der ich in die gelben Sterne geschaut hatte, zog es in meine Brust so wie Versöhnung ein. Unwillkürlich fasste ich den Glauben, dass Wilhelm I. wohl meine Mutter verrathen haben könnte, und fragte im frohesten Glauben den allmächtigen Gott, ob ihm wohl vergeben wäre. In demselben Augenblicke trat aus hellem Himmel, ich weiss selbst nicht wie mir geschah, ein herrlich schöner Stern in leiser rother Färbung hervor. Ich ging ruhig meines Weges weiter und ahnte nicht, dass ich beobachtet wurde, am allerwenigsten ahnete ich das Schreckensvolle, das mir bevorstand. Mir war es, als hätte mich meine Mutter zu sich gerufen; als ob sie mich warnte vor dem Verräther. In rasender Hast wurden jetzt alle meine Briefe unterschlagen, mein Geld ging zu Ende und ich musste mich, wenn ich nicht noch Andere mit in's Verderben reissen wollte, entschliessen, den Weg in meine Heimath zu Fuss antreten. Frisch und wohlgemuth machte ich mich auf den Weg, ohne daran zu denken, dass in meiner Heimath das Brustbild meiner, wie ich glaube, richtigen Mutter ein rothes Busentuch vorhatte. Allerdings merkte ich sehr bald den Verrath, doch begleitete mich das aufgeregte Volk bis Halle, wohin ich am zweiten Tage kam, nur mit staunenden Blicken. Unterwegs hatte sich ein Mann zu mir gesellt, den ich alsbald für einen Verräther hielt. Ich liess ihn laufen und sang ihm zum Abschiede: „Dich mein Vaterland, dich nur beklag ich", nach. In Halle angekommen, fand ich die Stuben des Gasthofes, in den ich mich einquartierte, mit Fürsten aus dem Hause Hohenzollern wie tapeziert. Auch fand ich Männer vor, die mich dazu verleiten wollten, auf die Kammern und auf das liberale Volk zu schimpfen. Ich sagte gezwungen nur einige Worte über Polen, da ich unter der Regierung Wilhelm I. den Verfall Preussens und Deutschlands für unausbleiblich halte. In Halle war Alles in Schrecken, ein Brief an den König, in dem ich um Aufklärung bat, wurde auf der verschlossenen Post nicht angenommen, obgleich mir durch Kanonenschüsse Befehle von ihm ertheilt wurden. Dies Verhalten war eher eines Strassenjungen als eines Königs von Preussen würdig. Der geleistete Eid*) zwang mich, die Befehle zu befolgen, um so mehr, als ich ein rothes Tüchelchen gerade so wie das Busentuch meiner Mutter auf dem Tische in meiner Stube vorfand. Ich schaute nicht weiter das Tuch an, steckte es in unbegrenzter Freude nur in die Tasche und ging zum Bahnhofe, um dort den König zu erwarten. Auf diesem Bahnhofe hat das Haus Hohenzollern seine Ehre eingebüsst. Gott im Himmel führe mich, dass ich sie wieder einlöse. Auf dem Perron fand ich Blumen der schönsten Art vor. Im Bahnhofsgebäude eine büssende Magdalena, die Aehnlichkeit mit der Königin Auguste hatte. Auf einem Gange einen zerbrochenen Stuhl und darauf ein Billet zweiter Klasse von Magdeburg nach Halle.**) Ich steckte dies Billet ein und

*) Als Feldmesser ist Patient vereidigt.

**) Man sieht, wie jede Kleinigkeit im Sinne der Wahnideen symbolisirt wird.

ging erst in die Stadt hinein. Als ich dort in einem Locale das beigesteckte Busentuch besah, war es ein alter abgelegter Lappen, zerrissen und zerfetzt. Wollte ich meine Mutter nicht entehren: durfte ich nicht wieder in die Stadt hinein, das lag auf der Hand. Ich zog es vor, den Gang auf Leben und Tod, ohne Mittel, ohne Nahrung von Halle nach Berlin zu unternehmen. Ich trat ihn sofort an und versuchte, draussen vor der Stadt den Lappen zu verbrennen, den ich beigesteckt. Das Zeug wollte nicht brennen und ich stampfte es desshalb mit dem Stiefelhacken in den Chausseegraben. Dann machte ich mich auf den Weg.*) Alsbald empfingen mich lebende Bilder rechts und links vom Wege. Eines der ersten war eine angebrannte Pappel und ein im Chausseegraben laufendes Perlhuhn. Dies hiess übersetzt: „Die Du verbrannt (das Busentuch meiner Mutter) war ein Perlhuhn." Sie ist Friedrich Wilhelm III. angetraut zur rechten Hand. — — Da ich nicht weiss, ob ich morgen noch lebe, will ich es heute noch offenbaren. Der meinen Verfolgern in einer Strasse von Genthin oder Burg in's Gesicht geschleuderte Fluch galt nicht meinem Vaterlande, sondern galt den Gotteslästerern. Von Hunger und Durst erschöpft, wurde mir in einer Dorfkirche, die im wahren Sinne des Wortes zu einer Mördergrube umgeschaffen war, die Füsilade am Altare angeboten. Ich stellte mich ruhig hin und erwartete das Blei. Die Schüsse krachten aber nicht; ob Mörder unter dem Altare, dessen Decke hochgehoben war, sassen oder nicht, da hab ich kaum nach hingesehen. Eine Bibel lag auf einem Schemel, oder Art Schemel, die ich nahm und in der ich aus der Offenbarung Johannis die Nähe des Todes las. Dieser schmachvollen Entweihung des Hauses Gottes galt der von mir meinen Verfolgern entgegengeschleuderte Fluch."

In dieser Weise hatte sich das Wahnsystem des M. gestaltet. Während seines zweijährigen Aufenthaltes in der Anstalt hielt er es in seinen Grundzügen fest; längere Zeit verhielt er sich Anfangs ruhig, sprach über die gewöhnlichen Dinge scheinbar klar und zusammenhängend und vermied ein näheres Eingehen auf seine Vorstellungen; dann kamen von Zeit zu Zeit Perioden grösserer Aufregung, in denen er mündlich oder schriftlich in unendlichen Auseinandersetzungen sein allmälig sich ausbreitendes und immer weniger zusammenhängendes System auseinandersetzte. Es trat mit der Zeit eine zunehmende Verwirrtheit ein, wobei die producirten Vorstellungen und Sinnestäuschungen immer sonderbarer wurden. Er war in kurzer Zeit der eingeborne Sohn Gottes und der verheissene Messias der Juden; er hat schon vor undenklichen Zeiten gelebt, ist schon in verschiedenen, auch Thiergestalten auf der Erde gewesen; „ich bin die Gestalt des Menschen, die der liebe Gott angenommen, als er diese Welt erschaffen"; wenn heut ein Mensch hier auf der Erde stirbt, kann er Dir morgen von oben aus Kopfschmerzen und alle Pein verursachen." „Freuet Euch unnennbar Eures Lebens", schreibt er seinen Angehörigen; seine ganze Umgebung kommt ihm in wechselnder Gestalt entgegen; die Aerzte haben Doppelgänger, so dass er nie weiss, ob er den wirklichen Arzt oder nur Jemanden, der seine Gestalt angenommen hat, vor sich sieht; dasselbe gilt von seinen Angehörigen; er sieht den Fluch hinunterfahren; der eine Arzt ist in ein Hündchen verwandelt, der andere in einen Ziegenbock, selbst in einen Spulwurm u. dgl. m.

Es würde zu weit führen, noch näher auf den Zustand einzugehen; doch will

*) In solchem Zustande hat Patient den Weg vom Harz bis nach Berlin zu Fuss zurückgelegt, fast ohne Nahrung zu sich zu nehmen.

ich bemerken, dass M. auf Wunsch seiner Mutter nach Hause entlassen wurde, und dass er sich wenigstens eine Zeit lang hat halten können. Später habe ich Nichts mehr von ihm erfahren.

Gegenüber der langsamen und schleichenden Entwickelung in diesem Falle zeigt sich beim folgenden ein etwas schnellerer Verlauf, nachdem einmal erst die schmale Grenze überschritten ist, welche Gesundheit und Krankheit trennt. Es ist zugleich ein bedeutendes Vorwiegen des hypochondrischen Elementes bemerkbar.

II. Beobachtung.

S. L., Student der Medicin, 22 Jahre alt, jüdischer Religion. Hereditäre Disposition. Patient war als Gymnasiast und Student sehr fleissig und strebsam, musste ungemein angestrengt arbeiten, da er neben seinen Studien noch durch Unterrichten für seinen Unterhalt sorgen musste. Er wird als von jeher „exaltirt" und erregbar geschildert. Onanie vom 17. Jahre ab (seiner eigenen Aussage nach). Körperlich ist er im Ganzen gut entwickelt; schmale, flache und niedrige Stirn; Magencatarrh bei der Aufnahme; leichte Anschwellung der prostata (in Folge früherer Gonorrhoe).

Bei der Aufnahme (October 1863) soll Patient seit einigen Wochen erkrankt sein. Sicher hat sich seit dieser Zeit erst eine stärkere Aufregung eingestellt. Erst sehr zurückhaltend („es nütze doch nichts: er sehe sein Schicksal vor Augen"), äussert er später, dass er von vielen Personen verfolgt werde, weil eine junge Dame sich für ihn interessire, ohne dass er sie näher kennt. Da er also ein Hinderniss für ihre Verheirathung sei, so feinde ihn die Familie an. In den Zeitungen finden sich Artikel, die auf diese Angelegenheit Bezug haben. Die Verfolgungen sind immer allgemeiner geworden; die Leute sprechen auf der Strasse über ihn; seine Wirthsleute suchten in der Nacht ein Schloss aufzubrechen, um sich seiner Papiere zu bemächtigen; sein einziger Jugendfreund steht auf der Seite seiner Gegner. — Diese Angaben vervollständigte er bald bei genauerem Nachfragen: schon vor mehr als einem Jahre fiel ihm auf, dass viele Familien, bei denen er eingeführt wurde, sehr zuvorkommend gegen ihn waren; er glaubte schon damals, sie müssten einen besondern Zweck dabei im Auge haben; in allerlei Kleinigkeiten und Zufälligkeiten sah er schon damals etwas Besonderes; glaubte, dass die Leute „in bestimmter Absicht" eben so und nicht anders gehandelt. Alles dies veranlasste zuletzt eine ungemeine Aufregung, er weinte oft stundenlang, ging jammernd und händeringend umher, lief und fuhr in der Stadt herum, ohne wie er es beabsichtigte, seinen Verfolgern entgehen zu können.

In der Anstalt wurde er bald ruhiger; aber er zeigte ein ganz albernes, schwachsinniges Benehmen; häufiges Lachen ohne Grund; verkennt die Personen seiner Umgebung, erblickt darunter Verwandte jener Dame und hält die anderen Kranken nicht für geisteskranke, sondern für Personen, die sich krank stellen sollen, um ihn zu täuschen; findet auch in den Zeitungen immer noch Anspielungen auf seine Verhältnisse. Seine Stimmung ist eine sehr wechselnde, bald unmotivirt heitere, bald traurige, immer aber sich in ganz exaltirter Weise äussernde (durch lautes pathetisches Jammern und Klagen, Händeringen, Weinen und Schluchzen, oder durch Umherspringen, übermüthige Scherze etc.). Eine solche Scene ist im Journal geschildert: Geht sehr erregt, laut jammernd mit stürmischen Schritten,

mit Thränen im Auge, auf und ab, will gleich in die Zelle gebracht sein; Niemand traue ihm mehr, alle beobachten ihn; jede Miene, die er verzieht, wird besprochen; man meine er heuchle nur, seine Thränen seien geheuchelt; es gelte seine Ehre zu retten u. dgl. Die allgemeine Schilderung des Verhaltens unseres Kranken ist endlich noch durch die Bemerkung zu vervollständigen, dass bei ihm das hypochondrische Element sehr stark hervortritt. In der relativ ruhigen Zeit äussert er beständig allerlei subjective Klagen, wobei er seine noch unreifen medicinischen Kenntnisse ohne jedes Verständniss anbringt. Nachdem er so längere Zeit verweilt, ohne seine Vorstellungen Preis zu geben, liess er sich bei Gelegenheit folgendermassen aus: Er gesteht ein, dass er noch Fräulein M. liebe, und dass er aus verschiedenen Winken die feste Zusicherung bekommen habe, dass sie ihn ebenfalls noch liebe und zwar glühend liebe. Er habe die feste Zuversicht, dass sie ihm treu bleiben werde, wie sie ihn ja zuerst geliebt habe und dass sie schliesslich entweder vereinigt werden würden oder zusammen untergehen. Er wisse genau, dass der Vater seiner Geliebten Himmel und Erde in Bewegung gesetzt habe und noch setzen werde, um ihn zu vernichten. Er habe zuerst bemerkt, dass man ihn von dem Gegenstande seiner Liebe trennen wolle, als er einmal auf einem Balle neben ihr gesessen habe und Jemand zu ihm gesagt: Kommen Sie, der Wagen ist vorgefahren. Später hätten die Versuche, ihn unschädlich zu machen und aus dem Wege zu räumen, grössere Dimensionen angenommen. Die Theilnahme an den Machinationen gegen ihn hätte sich immer mehr und mehr ausgebreitet, hätte excentrisch an Umfang zugenommen und setze jetzt nicht nur ganz Deutschland, Polen, Italien in Bewegung, sondern auch der frühere Ministerwechsel und die jetzige Bewegung für Schleswig-Holstein sei eigentlich seinetwegen in Scene gesetzt worden. Alles sei gegen ihn gerichtet, Alles habe der Vater seiner Geliebten veranstaltet und durch seinen Einfluss zu bewerkstelligen gewusst. Jetzt sei die ganze Welt seinetwegen allarmirt. Sogar seine Verwandten und besten Freunde hätten sich mit in das Complott ziehen lassen und ihnen werde er es nie verzeihen, dem Vater seiner Geliebten werde er ihretwegen verzeihen. Während seines Aufenthaltes in der Charité verheimliche man, was draussen vorgehe seinetwegen, deswegen bekomme er falsche Zeitungen, d. h. solche, die besonders für die Charité gedruckt würden, er finde wenigstens nie mehr Anspielungen in denselben auf ihn, besonders in den Annoncen, die früher reich daran gewesen wären. Die Inserate hätten deswegen auch kein Interesse mehr für ihn. Der Zweck dieser sämmtlichen grossartigen Anstrengungen sei der, ihn wahnsinnig zu machen. Der Vater seiner Geliebten wisse recht gut, dass diese vor Wahnsinnigen einen Abscheu haben müsse, weil ihre Mutter wahnsinnig gewesen sei und auch andere Familienmitglieder an Geisteskrankheiten litten. Er wolle ihr daher ihre Liebe zu ihm austreiben, indem er ihn wahnsinnig mache. Uebrigens sei Alles schon seit einigen Jahren vorbereitet gewesen, wie er durch Nachdenken jetzt herausgebracht habe.

Am nächsten Tage gibt er bei der Visite, ohne angeredet zu sein, mit grosser Wichtigkeit und mit gehobener Stimme feierlich die Erklärung ab, dass er stets lieben und unverbrüchlich daran festhalten werde. Darauf theilt er mit, dass er durch Nachdenken heute zu der bestimmten Ansicht gekommen sei, dass er ein Enkel Friedrich Wilhelm's IV. oder Napoleons I. sei. Er wisse, dass beide Monarchen durch seine Vaterstadt gekommen seien. Es falle ihm jetzt erst auf, dass verschiedene Aeusserungen seiner Grossmutter direkt darauf hingewiesen

hätten, ebenso falle ihm jetzt erst die Aehnlichkeit des Portraits von seinem Vater und der beiden Monarchen auf. Er finde in dem Portrait Züge von beiden. Es sei ihm jetzt erst klar geworden, dass man überall, in allen Familien, in welche er hier in Berlin eingeführt worden sei, das Portrait Napoleons I. und Friedrich Wilhelm's IV. gehabt habe, jedenfalls nur, um ihn auf seine Abstammung von ihnen hinzuweisen.

Am andern Tage gab er (in der Klinik vorgestellt) noch Folgendes an: Mit Napoleon habe er Nichts zu schaffen, das sei ein Irrthum von ihm gewesen, dagegen halte er fest daran, dass er von Friedrich Wilhelm IV. abstamme. Sein Vater sei von diesem nicht dazu auserlesen gewesen, anerkannt zu sein, weil er viel zu simpel und unansehnlich, seine Grossmutter zu ungebildet und die Macht der Verhältnisse ungünstig gewesen sei. Sämmtliche Juden hätten darum gewusst, dass sein Vater ein Sohn des Königs sei und hätten darauf gedrungen, ihn als solchen anzuerkennen, da aber der König dies aus obigen Gründen nicht sofort gethan habe, so seien sie die Feinde des Königs geworden, hätten sich mit den Polen und Franzosen verbunden und suchten nun aus Rache die Absichten des Königs zu vereiteln, den Enkel (also ihn) zu erheben. Es sei ihm früher nie in den Sinn gekommen, dass er der Gegenstand eines so ausgedehnten Streites sei, aber er habe es sich heute überlegt, dass er schon von seiner frühesten Jugend an von zwei Partheien beeinflusst worden sei. Die eine hätte seine Anlagen auszubilden gesucht und mit ihrer Hülfe habe er das Gymnasium durchgemacht und sei zum Studiren ausgebildet worden, die andere hätte sein Verderben gewollt, hätte ihn zu allem Schlechten verführt, um ihn zu versumpfen und dann dem König sagen zu können: Sieh, das sind deine Thaten, das ist dein Geschlecht. Um dem Könige dieses Aergerniss zu bereiten, sei er stets von Freunden umgeben worden, die seine Feinde gewesen seien. Schon früh habe man ihn zum Onaniren verleitet und seine Neigung dazu unterstützt, um ihn zu entkräften und seinen Verstand zu schwächen. Man habe ihn schon früh zu lüderlichen Frauenzimmern geführt und ihn bei seiner Ankunft in Berlin mit Freunden versehen, die ihn zum Geschlechtsgenuss aufgefordert hätten. Er sei sieben Mal bei einem Frauenzimmer gewesen. Auch durch Annoncen in der Zeitung hätte man ihn verführen wollen.

Auf der andern Seite hätte man ihn wieder auf alle mögliche Weise zu veredeln und zu dem Bewusstsein zu bringen gesucht, dass er aus edlem Blute und zu etwas Höherem auserlesen sei. Jetzt erst falle ihm die ausnehmende Freundlichkeit der königlichen Familie gegen ihn auf. Er habe einmal in Bezug auf die Statuen vor dem Zeughause eine Ausstellung gemacht und am nächsten Tage seien dieselben abgeputzt worden. Er habe die Lucca gerne gesehen und sie sei angestellt worden. Er sei zum ersten Mal hier ins Theater gegangen und fast die ganze königliche Familie sei in der Loge gewesen. Auf seinen Spaziergängen sei ihm auch bei schlechtem Wetter Jemand aus der königlichen Familie begegnet u. dgl. m., kurz auf jede Weise hätte man ihm seine Zusammengehörigkeit mit dem Könige darthun wollen. Damals habe er es nicht verstanden, heute sei es ihm aber klar. Der jetzige König habe weitere Absichten mit ihm gehabt. Er habe, um den Fehler seines Vaters gut zu machen und die Juden zu versöhnen, ihn mit der Tochter eines der ersten Repräsentanten der Juden verheirathen wollen. Das habe man um jeden Preis verhindern wollen. Seine Parthei habe ihn mit seiner jetzigen Geliebten zusammenzuführen gesucht, seine Feinde hätten dies zu vereiteln

gesucht, indem sie ihren Vater auf ihre Seite gezogen und seiner Geliebten ihre Liebe zu ihm abschreckend dargestellt hätten.

Er detaillirt Alles genauer und bringt tausenderlei Facta dafür, wie sie zum Theil oben angeführt sind.

Endlich habe man ihn wahnsinnig zu machen gesucht. Der König sei darauf eingegangen und habe es zugegeben, dass er hierher gebracht werde, um, wie er sich wahrscheinlich gedacht habe, ihn einer Art Prüfung zu unterwerfen und dann im Triumph anerkennen zu können, und zum Zweck dieser Prüfung sei die Irrenabtheilung in der Charité von wirklichen Irren befreit und dafür Simulanten aufgenommen worden, die durch ihr Verhalten ihn wahnsinnig machen sollten. Alle Kranken in der Anstalt simulirten demgemäss nur, der sogenannte Dr. W. sei nicht der richtige, das ganze Wartepersonal sei instruirt. Bei der Visite verfolgt er daher die Aerzte mit seinem Lachen, als ob er sagen wolle, man solle sich keine Mühe geben, er habe doch Alles entdeckt, man könne das Spiel aufgeben.

Diese und ähnliche Wahnvorstellungen, die er nur selten detaillirt äusserte, hielt Patient nunmehr fest, wurde aber im Laufe der nächsten Monate immer verwirrter. Doch kehrte nach einiger Zeit ein mässiger Grad von Besonnenheit wieder zurück, so dass er sich wenigstens eine Zeit lang über gewöhnliche Gegenstände unterhalten konnte, ohne seine verrückten Ideen zu verrathen. In dieser Zeit wurde er dann von seinem Vater aus der Anstalt genommen und ist nach eingezogener Erkundigung zwei Jahre später ziemlich plötzlich gestorben, ohne dass er vorher noch in eine andere Anstalt hätte gebracht werden müssen.

Schwieriger als in den beiden vorhergehenden Fällen war die Beurtheilung in dem folgenden, auch forensisch sehr interessanten Falle, welcher im ganzen Verlaufe der Krankheit nicht das geringste Zeichen von Aufregung bot, und welcher das Bild eines „Monomanen“ bietet.

III. Beobachtung.

M. H., 24 J., kathol. Relig., aus E. in der Rheinprovinz stammend, Bauernsohn, zuletzt Soldat. Die Heredität ist erst nicht zu constatiren; später stellt sich heraus, dass die Mutter des Patienten vier Geschwister hat, dass ausser ihr noch drei verheirathet sind und dass aus diesen vier Ehen nur zwei Kinder existiren, unser Patient und eine Cousine, welche als „stupide“ geschildert wird. Eine ältere Schwester des Patienten ist im ersten Lebensjahre gestorben. Unser H. soll als Kind (nach der nur dürftig und spät zu erhebenden Anamnese) sehr still gewesen sein; er lernte gut, besuchte das Gymnasium, musste aber seiner leidenden Augen wegen davon abstehen. Er lebte auch später zurückgezogen, hielt sich von Gesellschaft fern. Aeusserungen der Art, wie er sie später that, sind nie früher beobachtet worden. Er wurde Soldat, diente erst in Luxemburg und wurde später nach Berlin als Bursche eines zur Schiessschule abcommandirten Officiers geschickt, was ihm allerdings sehr unangenehm gewesen zu sein scheint. Hier soll er seinen Dienst zwar unwillig verrichtet haben, aber nach der Aussage seines Vorgesetzten bis zum letzten Augenblicke nie irgend etwas an Geistesstörung Erinnerndes gezeigt haben; er las und schrieb viel (oft bis in die späte Nacht). Im September 1865 in Berlin angelangt, schrieb er nun im Laufe des Novembers und Decembers drei Briefe an die Königin Wittwe, in denen er erst höflich anfragte, ob sie sich erinnere,

einen Sohn gehabt zu haben, später aber sich direkt als diesen bezeichnete. So interessant diese Briefe, wie der Verlauf der desshalb eingeleiteten Untersuchung auch sein möchten, so dürfte es hier zu weit führen, darauf näher einzugehen. H. wurde, da sein geistiger Zustand nicht klar war und jene Idee ganz isolirt zu stehen schien, zur weiteren Beobachtung am 23. Januar 1866 der Irrenabtheilung der Charité überwiesen.

H., der in seiner äusseren Erscheinung nur durch die starken, buschigen Augenbrauen, welche in der Mitte zusammenstossen, und durch eine flache, niedrige Stirn auffiel, bot auch sonst in somatischer Beziehung keine wesentlichen Abnormitäten; doch zeigte sich zuweilen eine Differenz der Pupillen. Er klagte oft über Zahnschmerz, Uebelkeit, Ziehen in den Gliedern und ähnliche Beschwerden und zeigte sich bei solchen Gelegenheiten ängstlich und besorgt. Sonst verhielt er sich vollkommen ruhig, beschäftigte sich so gut er konnte, und sprach sich meist, selbst bei längeren Gesprächen, über die gewöhnlichen Gegenstände klar und zusammenhängend aus. Ein Eingehen auf seine Wahnvorstellungen vermied er längere Zeit; er gab zu, an die Königin geschrieben zu haben; er halte sich für ihren und des verstorbenen Königs Sohn, weil ihm einmal, wie er schon bei den gerichtlichen Verhören angegeben, der Pfarrer seines Ortes S. gesagt habe, dass er nicht getauft sei, und weil ihn derselbe einmal gefragt habe, ob er wohl glaube, dass der König Friedrich Wilhelm IV. Kinder habe, und dann auf seine verneinende Antwort hinzugefügt habe: „Ich glaube es doch und sehe in Dir eins vor mir sitzen!" Ein anderes Mal habe der Ortsvorsteher zu ihm geäussert: „Wenn ich an Ihrer Stelle wäre, dann würde ich mich wohl hüten zu arbeiten." Endlich sei es ihm „vor seine Seele getreten, wie sein (Stief)Bruder viel besser gehalten worden sei als er." Bei diesen Aeusserungen blieb er längere Zeit stehen, und erst allmälig liess er sich bewegen, schriftlich oder mündlich weitere Mittheilungen über seine Wahnideen zu machen, die ich hier so weit als möglich mit seinen eignen Worten wiedergeben will, da sie das beste Bild des Kranken bieten. Er schreibt: *)

„2) Erinnere ich mich, in meiner frühesten Kindheit irgendwo weggenommen worden zu sein und weit wegtransportirt worden zu sein. Meinem Dafürhalten gemäss, muss es im ersten Jahre gewesen sein. Und ferner erinnere ich mich noch, dass ich die drei ersten Tage, wie ich zu den Leuten kam, Nichts geniessen wollte, indem ich fortwährend zu meiner Mutter zurückgebracht zu werden verlangte.

Und 3) habe ich Anfangs August 1865, als ich an Fort Elisabeth zu Luxemburg auf Posten stand, des Nachts zwischen 1 und 2 Uhr, als der Himmel gänzlich mit Wolken bedeckt war, zwei aussergewöhnlich grosse und schöne Sterne, die aussergewöhnlich glänzten, von meinem Posten aus, grade über Berlin, am Himmel stehen gesehen, indem die Wolken sich plötzlich auf dieser Stelle theilten. Ein Stern erschien zuerst, einige Minuten nachher der andere, etwas seitwärts und etwas tiefer stehend. Der erstere verschwand auch zuerst, einige Minuten später der andere.

Dieses hat mich nun nicht gerade auf den Gedanken gebracht, dass die Königin-Wittwe meine Mutter sei, es hat aber nach reiflicher Ueberlegung der beiden ersten Gründe, mich im Glauben gestärkt, dass der Pfarrer die Wahrheit gesagt haben könne. — Ich war von den Eltern zu L. von meiner frühesten Kindheit an ziemlich schlecht behandelt worden, bei meiner Compagnie war ich streng, sehr streng behandelt worden, und hier in Berlin vom Premier-Lieutenant W. wurde ich

*) Ad 1) hat er die schon angeführte Unterredung mit dem Pfarrer angegeben.

fast ungerecht behandelt. „Alles Dieses“ hat den Entschluss in mir zur Reife gebracht, an Ihre Majestät die Königin Wittwe Elisabeth zu schreiben.“

In einem Gespräche über die von ihm niedergeschriebene Erscheinung der beiden Sterne machte er ganz genaue Angaben: sie seien in der Richtung von Berlin erschienen, während sonst kein Stern am bedeckten Himmel zu sehen war; es waren keine Sterne, wie man sie immer sieht, sondern aussergewöhnliche, sie glänzten mehr und waren etwas feuriger und grösser als die andern; das musste für ihn etwas Verhängnissvolles bedeuten, und als er bald darauf nach Berlin commandirt wurde, dachte er, dass hier das Verhängnissvolle stattfinden werde; darüber ausgesprochen hat er sich auf der Reise nur gegen einen ihm fremden Mann, der ihm alle seine Verhältnisse zu kennen schien. Darnach fügte er hinzu:

„Ich will noch einen Punkt angeben, aber das ist schon sehr lange; das ist in meiner Kindheit geschehen. Man hat mir in meiner Kindheit, d. h. andere Leute, als bei denen ich war, man hat mir manchmal gesagt, ich sei nicht getauft. Der Pfarrer selbst hat es mir gesagt, dass er mich nicht getauft hat; das war an demselben Tage, wo er mir meine Geburt offenbarte. Da bin ich denn einmal, es konnte ungefähr im vierten oder fünften Jahre sein, irgendwo auf einen Pfuhl gegangen, der noch dünnes Eis hatte, und da bin ich hineingefallen und in dem Falle glaubte ich zwei Engel zu sehen. Der eine nahm mich bei den Haaren und fragte mich, ob ich getauft werden wolle, da sagte ich: „Ja, wenn ich nicht getauft bin, gewiss.“ Darauf fasste er mich bei den Haaren und drückte mich bis über den Kopf in's Wasser und sprach dann die Worte: „Ich taufe Dich im Namen des Vaters, des Sohnes und des heiligen Geistes.“ Ich bin noch einige Minuten in ihrem Anblicke versunken gewesen und dann verschwand die Erscheinung. — Der zweite, das weiss ich aber nicht gewiss, hat die Hand über meinem Kopfe gehalten. — Ich habe das nicht immer behalten; nur manchmal, dann und wann daran gedacht. Nach diesem Erscheinen von den Sternen habe ich aber wieder genauer darüber nachgedacht, und da habe ich dann, da ist mir dann die Klarheit gekommen, dass es doch wirklich passirt sei. Früher war es mir nicht ganz sicher, so dass ich manchmal glaubte, weil es so kurze Augenblicke gedauert hatte, es sei mehr ein Traum oder eine Einbildung gewesen. Ueberhaupt habe ich aber fast gar nicht mehr daran gedacht, bis zum Erscheinen dieser zwei Sterne.“

Auf die Frage, warum er dies bisher nicht gesagt habe, äusserte er:

„Ich habe es zurückgehalten 1) weil die jetzige Welt nicht mehr glaubt an solche Dinge, alles Ueberirdische in Abrede stellt; desshalb habe ich mich mehr an natürliche Gründe gehalten. 2) Wenn die natürlichen Gründe nicht gewesen wären, so hätte ich nicht diesen Schritt gethan aus Anlass der überirdischen. Alles hat seine Bedeutung, aber dass das gerade das bedeuten solle, dass ich der Sohn der Königin-Wittwe sei, das hatte ich nicht daraus gefolgert, oder wenigstens wenn ich es gefolgert hätte, so hätte ich nicht diesen Schritt gethan. Die himmlischen Gründe sind mir bestimmend gewesen dafür, dass mit mir etwas Aussergewöhnliches vorgegangen sei und noch werde.“

Als ich ihn fragte, ob er vermuthe, dass auch Andere seine Abstammung kennen und er desshalb Verfolgungen ausgesetzt gewesen sei, äusserte er: „Man hat mich streng behandelt beim Militär. Wofür Andere keinen Verweis erhielten, dafür hat man mir oft ungeheure Grobheiten gesagt. Im gewöhnlichen Leben der Dinge wäre es tyrannisch gewesen, aussergewöhnlich; also muss ich daraus schliessen,

dass ein besonderer Beweggrund da war, mich aussergewöhnlich zu behandeln. Das habe ich dabei mit in Anschlag gebracht, als ich auf die Idee kam."

Direct nach etwaigen Vergiftungen gefragt, meinte er: „Man kann nicht Alles ergründen; wenn man auch einmal einen Gedanken gehabt hat, es ist nicht Alles richtig, so kann man es doch nicht behaupten."

Dies waren die Grundzüge des Wahnsystems unseres H. Von Interesse war es nun zu sehen, wie er trotz seiner scheinbaren Ueberlegung und Klarheit alle Verhältnisse nach jenem System sich zurecht legte. Man hielt ihn ohne Recht fest; die Aerzte wären dazu durch höhere Persönlichkeiten veranlasst; er werde aber zu seinem Recht kommen; „da kann die ganze Welt mit ihrer ganzen Macht sich gegen mich stemmen, dann richtet sie noch nichts aus;" „die Verantwortung schiebe ich auf diejenigen, die Schuld daran sind, dass ich hier bin." Namentlich eifrig war er in politischen Dingen (es war die Zeit vor dem österreichischen Kriege): „Oesterreich und Preussen werden keinen Krieg führen, dafür bürge ich Ihnen;" er werde zu seinem Rechte kommen, ohne selbst feindselig gegen die Regierung aufzutreten; „denn die Verhältnisse stehen jetzt nicht sehr natürlich in Deutschland;" mit dem deutschen Parlament werde es schwerlich etwas werden, das Volk könne das nur bezwecken, wenn es revoltirt." — Ueber alles dies sprach sich der Kranke aber nur selten und ungern aus und hatte überhaupt ein sehr zurückhaltendes Benehmen an sich. Eine wesentliche Veränderung trat während seines Aufenthalts in der Charité nicht ein und er wurde, nachdem sein Prozess niedergeschlagen, nach Hause entlassen, wo er sich bisher ruhig verhalten zu haben scheint, aber an seinen Wahnvorstellungen nach wie vor festhält, wie aus einem Briefe, den er mir schrieb, hervorgeht.

Einen anderen Eindruck gewährt der folgende Fall. Auch hier zeigt sich vollkommenene äussere Ruhe, Mangel jeder Aufregung. Aber hier ist die Aufregung, die früher vorhanden war, zu der Zeit, wo der Kranke zur Beobachtung kommt, schon längst vorbei; das Feuer, welches brannte, ist längst erloschen, aber auch das Gebäude ist vernichtet; Schutt und Asche finden sich an seiner Stelle und bieten dichtem Unkraut eine fruchtbare Stätte. In den Wahnvorstellungen des Kranken zeigt sich (in Folge der Isolirhaft) die üppigste Phantasie, wie sie eben nur da wirken kann, wo eine Person ihren eigenen Gedanken ohne Einwirkung der Aussenwelt überlassen ist.

IV. Beobachtung.

F. S., zur Zeit der Aufnahme 34 Jahr, evangelischer Religion. Der Kranke ist bis kurz vor seiner Aufnahme im Zellengefängniss Moabit gewesen, wo er eine sechsjährige Strafe wegen Wechselfälschung abbüsste. Nach einzelnen Aeusserungen seinerseits, sowie nach seinen Papieren, welche sich in den von mir eingesehenen Untersuchungsakten fanden, scheint es mir sehr wahrscheinlich, dass er schon zur Zeit jenes Verbrechens geisteskrank war; doch ist diese Frage hier von keinem Interesse und ich komme vielleicht bei einer andern Gelegenheit einmal darauf zurück. Sicher ist, dass S. gleich in der ersten Zeit seiner Haft geistesgestört wurde, wenn auch keine genaueren Nachrichten darüber vorliegen; er hallucinirte

und verweigerte die Nahrung. Er wurde desshalb in der letzten Zeit von der Isolirhaft befreit, aber erst nach Ablauf der Strafzeit in eine Irrenanstalt geschickt. Aerztliche Beobachtungen über Entstehung und Verlauf der Krankheit liegen nicht vor, und da auch keine Angehörigen sich um ihn kümmerten, so fehlt die Anamnese vollständig. Namentlich ist über eine hereditäre Disposition Nichts bekannt. Masturbation wird von ihm zugegeben.

S. erschien bei seiner Aufnahme bleich und in der Ernährung heruntergekommen, erholte sich aber bald. Die Untersuchung der inneren Organe ergab keine Abnormitäten. Der Schädel zeigte wenigstens keine auffälligen Anomalien. Im Verlaufe der Beobachtung wurden die Pupillen einige Male different gefunden; bei schnellem Sprechen und im Affekt stellte sich Stottern ein. Das Verhalten des Kranken war ein vollkommen ruhiges; seine Antworten kurz und abgemessen; er hatte bei der Unterredung gewöhnlich ein überlegenes, selbstbewusstes Lächeln auf den Lippen. Ein näheres Eingehen auf seine Vorstellungen weist er einfach zurück, antwortet auf die bezüglichen Fragen nur in allgemeinen Phrasen, oder schweigt lächelnd ganz still. Nur so viel gab er im Anfang allmählig an, dass er während seiner Haft mit Marie S., mit der er früher verlobt war, und deren Vaters Namen er nach Aufhebung der Verlobung ihrerseits auf einem Wechsel gefälscht hatte (dies war eben die Wechselfälschung, derentwegen er bestraft wurde), in einem geheimen Rapport gestanden. Ueber die Art dieser Verbindung sprach er sich nicht näher aus, doch ging aus einzelnen Andeutungen hervor, dass wohl Gott der Vermittler zwischen beiden sei und dass derselbe ihn und seine Braut zu grossen Dingen ausersehen habe. So blieb S. 8 Wochen, ohne seine Wahnideen weiter auszuführen, und nur sein Benehmen und einzelne hypochondrische Aeusserungen (ein Oedem des Fusses bringt er in auffällige Beziehung mit seinem Aufenthalte in der Charité, will hier auch Frost und rötheren Urin als sonst gehabt haben u. dgl.) verriethen seine Krankheit. Nach Ablauf jener Zeit trat er durch verschiedene Gelegenheiten veranlasst, in mündlichen und schriftlichen Aeusserungen mit seinen Wahnideen hervor und offenbarte nun eben sowohl durch die schon bedeutende Incohärenz der Gedanken, als durch die Art derselben die lange Dauer der Krankheit. (Er selbst datirt seine Beziehungen zu Gott aus der Untersuchungshaft, also mehr als 7 Jahre). Ich besitze von diesem Kranken ein Schriftstück, welches in interessanter Weise zeigt, auf welche Wege durch die Isolirung die Phantasie solcher kranken Individuen geführt wird, welches zugleich auch die hypochondrischen und Grössenideen deutlich erkennen lässt. Dasselbe eignet sich aber trotz seines wissenschaftlich interessanten Inhalts nicht zum Abdruck wegen der vielen und krassen Obscönitäten, die es enthält. Es wird hier genügen, einige Punkte aus dem Wahngebilde unseres Kranken hervorzuheben.

S. nennt sich Apollo, Kaiser und Herr der Erde. Titel und Macht sind ihm von Gott selbst beigelegt, zunächst wegen seines „Glaubens". Alle europäischen Fürsten haben zu seinen Gunsten abgedankt, sie sind persönlich (und zwar nackt) bei ihm erschienen, haben ihm ihre Würde, ihre Schätze und Kostbarkeiten abgetreten; er selbst vertheilt nun unter sie die Länder dieser Erde nach seinem Ermessen und unter seiner Oberhoheit, zu welchem Zweck er eifrig die Karte studirt; der bisherige Kaiser von Frankreich wird Kaiser von Algier, der Kronprinz von Preussen wird Kaiser von Frankreich, der Papst König des römischen Staates u. s. w. Die Marie S. ist mit ihm auf's Innigste verbunden als seine erste Frau; daneben aber sind die früheren Frauen aller Fürsten und fürstlichen Personen,

der ihm bekannten Aerzte, der Kammerpräsidenten und vieler anderen Personen „nebst ihren etwaigen Töchtern" jetzt seine Frauen. Er preist und dankt Gott in biblischen Phrasen und religiös gefärbtem Tone für alle die Wohlthaten, die er ihm in dieser Weise erwiesen, namentlich für die grossen körperlichen und geistigen Vorzüge, die er und alle seine Frauen besitzen, die er ganz detaillirt, mit besonderer Hervorhebung der geschlechtlichen Eigenschaften schildert, so wie für das grosse Heil, welches er der Welt zu bringen berufen ist. In diesem Sinne schrieb er beständig Briefe an alle Grossen der Erde, in denen er ihnen seine Anordnungen kundgab, bis er die schriftliche Mittheilung nicht mehr nöthig hatte, „da er noch andere Mittel kenne, um ihnen seine Gedanken und Wünsche zu erkennen zu geben." Interessant sind noch die folgenden Angaben, die er einmal gelegentlich machte: Er habe während seiner Gefangenschaft viel Leiden und Kämpfe durchmachen müssen. Es habe ihn zuerst eine Macht gepackt, oben rings um den Kopf. Die Kraft, die hier obwaltet, ist mitunter eine ganz harte, wie ein Stein; dann wieder weicher und endlich ganz weich, zuweilen wie ein Nebel oder Dunst, der seinen Körper umgibt; zuweilen verdichtet sich dieser zu einer ganz festen Masse. Früher war diese Macht hinter ihm, seit einem Jahre vor ihm, grösstentheils aber an der Seite. Es ist dies der Satan, der mit Gott um ihn kämpft. Dass er keine Antwort auf seine vielen Briefe erhält, ist ebenfalls ein Werk des Satans, der die Vereinigung (mit seinen Frauen) zu hindern suche. Schliesslich wird Gott, der zunächst unparteiisch ist, den Widerstand wegräumen und den Lügen und Täuschungen des Satans ein Ende machen.

Endlich will ich noch einen Fall anführen, der ebenfalls erst nach vollkommenem Ablauf der Krankheit zur Beobachtung kam. In diesem Falle hielt aber die Aufregung noch an, und es war zugleich ein so hoher Grad von Verwirrtheit bereits eingetreten, dass nur noch einzelne gelegentliche Aeusserungen das Erkennen der Krankheit ermöglichten. Gerade desshalb scheint es mir aber gerechtfertigt, ihn noch kurz den übrigen anzureihen.

T., 31 Jahr alt, Tischler, evangelisch, wird am 8. Februar 1866 aufgenommen und am 26. März wieder entlassen. Er kommt aus der städtischen Irrenverpflegungs-Anstalt mit einem ärztlichen Atteste, laut welchem aus seinem Passe hervorgeht, dass er im Juni 1865 zu F. bereits einen Anfall von Geistesstörung gehabt hat. „Unter seinen Wahnvorstellungen tritt besonders die hervor, dass er ein Graf von Alvensleben sei, dass er Ansprüche auf den Thron habe; man habe ihn in eine Irrenanstalt gebracht, um die Krone an den Sohn des Königs Wilhelm zu bringen." Anderweitige anamnestische Angaben sind nicht zu erhalten. Patient selbst, der total verwirrt ist, gibt an, der Name T. sei ein falscher Name; es sei das der Name seiner Pflegeeltern, bei denen er erzogen worden, nachdem er aus seinem elterlichen Hause fortgenommen. Er glaube ein Sohn des Königs Friedrich Wilhelm III. zu sein. Vielfach will er in seinem Leben von Menschen verfolgt worden sein, wesshalb er seine Arbeitsstellen so häufig wechseln musste. Jetzt hat „die Kunst" der Menschen es so weit gebracht, dass er alles thun und sagen müsse, was sie wollten; alle Körperbewegungen seien „durch die Kunst" der Menschen bedingt; er könne nicht dagegen ankämpfen. Er hat des Nachts oft eigenthümliche Anfälle von Zuckungen des Körpers, die er daraus erklärt, dass seine Glieder vermöge „der Kunst" gezogen werden. Patient, der sich im Uebri-

gen still verhält, wird nur bei Fragen des Arztes leicht erregt. Einmal äussert er: er wäre ein geborener Rothschild und ein „gemachter" von Alvensleben; er sei von seinem Eigenthum durch schlechte Menschen verjagt worden. Alle Menschen seien schlecht; nur er allein sei schuldlos; desshalb sinken auch Tausende zu seinen Füssen nieder; Tausende lebten von seiner Gnade. Tag und Nacht bekomme er Offenbarungen, wobei ihm Gott erschiene. Doch ist er der unglücklichste Mensch, Niemand könne ihm helfen, er sei seiner „nicht mehr mächtig". — Ein ander Mal sagte er: „Der verstorbene König hat mich schon in der Wiege betrogen. Als kleines Kind hat man mich schon fortgeschleppt; man hat mir einen falschen Namen gegeben. Sie können mir nicht helfen. Sobald ich frei bin, werde ich zum Gericht gehen."

Die Untersuchung des Körpers liess keine wesentlichen Anomalien entdecken. Doch war der Schädel im Ganzen klein und namentlich die Stirn auffällig niedrig und tief zurückliegend.

Die vorangehenden Beispiele dürften genügen, um die Krankheitsform, welche ich im Sinne habe, näher zu bezeichnen, zumal sich in jeder Irrenanstalt derselben Klasse angehörige Individuen finden werden. Ich kann aber nicht unterlassen darauf aufmerksam zu machen, dass die „originäre Verrücktheit" verhältnissmässig nicht häufig vorkommt, wenn sich auch oft Fälle finden, die in einem oder dem anderen Punkte Aehnlichkeit mit ihr haben. Es wird sich vielleicht nunmehr gegen das Herausheben dieser „originär Verrückten" aus dem Kreise der übrigen primär Verrückten leicht und, wie ich gern zugebe, nicht ganz mit Unrecht der Einwand erheben lassen, dass dabei, auf ein ganz äusserliches Moment, auf die psychologische Form Gewicht gelegt ist. Aber ganz abgesehen davon, dass wir in der Psychiatrie überhaupt der psychologischen Diagnose noch nicht entbehren können, dass namentlich auch bei der Verrücktheit, wo wir das Wesen der Krankheit noch gar nicht kennen, das formelle Element berücksichtigt werden muss, so glaube ich auch, dass in unserm Falle die Form sehr innig mit dem Wesen der Krankheit zusammenhängt. Es handelt sich eben dabei um Individuen, welche von Geburt an zur Krankheit disponirt erscheinen, bei denen sich im Laufe der Entwickelung allmälig die Krankheit entfaltet, wie bei andern die Gesundheit, bei denen also die äusseren Einwirkungen verhältnissmässig wenig Einfluss haben. Die letzteren geben den Wahnideen nur die ganz äusserliche, nach Zeit und Ort sich richtende Färbung. Es lassen sich also jene Individuen vielen andern anreihen, deren Entwickelung im Vorschreiten immer mehr geistige Abnormität erkennen lässt, bei denen aber schliesslich nicht Verrücktheit, sondern geringere oder höhere Grade geistiger Schwäche, moralische Verkehrtheit und ähnliche originäre Zustände als Endresultate auftreten.

Bei allen diesen Zuständen hat die pathologische Anatomie bisher nur in den höheren Graden, und selbst da nicht immer, entsprechende Veränderungen gefunden, während sie uns bei den geringeren Graden im Stiche lässt. Wir werden also auch bei der originären Verrücktheit kein in die Augen springendes pathologisch-anatomisches Substrat erwarten dürfen; wir werden namentlich nicht, eben so wenig wie bei anderen originären psychischen Störungen, relativ frische Läsionen des Hirns und seiner Häute finden, und wo wir sie finden, verwerthen können, sondern wir müssen unser Augenmerk auf die originären Abnormitäten des Gehirns und Schädels richten, von denen aber bisher nur die ganz auffälligen berücksichtigt werden konnten, die leichteren noch unbekannt sind. Eine pathologische Anatomie der originären Verrücktheit lässt sich also nicht geben. Dagegen dürfte eine genauere klinische Beobachtung solcher Kranken, welche dem Schädel und anderen bei den primären Psychosen oft mehr oder weniger mitbetroffenen Organen einige Aufmerksamkeit widmet, wohl zu einigen Resultaten gelangen. In dieser Beziehung kann ich nur sagen, dass sich eine eigentliche körperliche Degeneration, wie sie oft die höheren Grade geistiger Abnormität begleitet, bei unsern Kranken im Allgemeinen nicht findet; in allen Fällen aber, welche ich beobachtet habe, waren die Schädel dem Ansehen nach mehr oder weniger ungünstig gebildet, meist zu klein, und namentlich zeigte sich die vordere Parthie wenig ausgebildet, indem die Stirn entweder schmal und niedrig oder, was mir besonders oft auffiel, tief nach hinten zurückliegend war. —

In ätiologischer Beziehung ist bei der originären Verrücktheit, wie bei der primären überhaupt, das meiste Gewicht auf die hereditäre Anlage zu legen. Fast alle oder vielmehr, man kann es wohl behaupten, alle diese Kranken stammen von Eltern ab, welche unter die Klasse der neuropathischen Individuen gehören. Es scheint mir im Allgemeinen aber, als ob es seltener eine der eigentlichen Geistesstörungen ist, welche sich bei den Vorfahren findet, als vielmehr öfter Hysterie, Hypochondrie, Trunksucht oder Excentricität. Man wird immer, wenn man genauer nachforscht und die Familienglieder selbst kennen lernt, bei einem oder mehreren derselben einen jener Zustände antreffen. — Ein anderes Moment, welches in der Ätiologie und Pathogenese der primären Verrücktheit von wesentlichem Einflusse zu sein scheint, bilden die nervösen und cerebralen Erkrankungen in der Kindheit. Es ist noch nicht lange her, dass ich auf diesen Punkt aufmerksam geworden bin, und ich habe schon vielfach eine Bestäti-

gung meiner Vermuthung finden können. Es ist bekannt, wie häufig bei Kindern überhaupt, namentlich aber bei solchen, welche als neuropathisch disponirt anzusehen sind, Hirnkrankheiten eintreten, wie leicht das Hirn bei andern Krankheiten in Mitleidenschaft gezogen wird, wie leicht endlich sich bei relativ geringen Störungen schwere nervöse und cerebrale Symptome (Convulsionen, Delirien u. dgl.) selbst da einstellen, wo keine palpablen Veränderungen des Nervenapparates vorhanden sind. Wir können nun da, wo die Anamnese dergleichen Kinderkrankheiten ergibt, und es ist dies, wie gesagt, bei primär Verrückten recht häufig der Fall, sie in dreifacher Beziehung mit der späteren geistigen Störung in Verbindung setzen. Zunächst geben jene nervösen Erkrankungen in den Kinderjahren ein neues Element, welches in Verbindung mit andern die neuropathische Disposition der betroffenen Individuen erkennen lässt, und ich halte es für geboten, die Neurosen der Kinder in Beziehung auf ihre geistige Entwickelung und spätere Psychosen mehr zu beobachten, als es bisher geschehen ist. Andererseits scheint es mir, wie ich schon oben bemerkt habe, nach manchen Erfahrungen nicht selten vorzukommen, dass Delirien und Sinnestäuschungen, welche in solchen Krankheiten entstanden, nicht von den wirklichen Erlebnissen getrennt, sondern ihnen gleichwerthig beigemischt werden und entweder das Bewusstsein auf diese Weise beständig verfälschen, oder wenigstens, wenn sie vorläufig in den Hintergrund getreten sind, später bei Gelegenheit entstehender Psychosen wieder auftauchen und zur schnellen Bildung eines Wahnsystems beitragen. Endlich werden die Krankheiten des Gehirns, welche so leicht in der Kindheit auftreten oder sich zu andern acuten Krankheiten gesellen, oft genug da, wo sie den Tod nicht herbeiführen, mehr oder weniger bedeutende Residuen hinterlassen. Die Störungen, welche solche Residuen veranlassen, werden in den ersten Lebensjahren, wo das Gehirn bekanntlich den bedeutendsten Theil seiner Entwickelung durchmacht, wichtiger und mehr hervortretend sein, als wenn sie in den Knabenjahren erst sich einstellen, dürften aber auch hier noch immer wesentlich in das Wachsthum und die Entwickelung des Gehirns eingreifen und wenigstens eine grössere Disposition zu Erkrankungen des Organs im späteren Leben mit sich bringen. Dieser Betrachtung nach gewinnen manche pathologisch-anatomische Befunde (wie die Verwachsungen einzelner Hirntheile u. a.), welche man so häufig bei den Autopsien chronisch Geisteskranker und namentlich auch der Verrückten findet, denen man aber gewöhnlich kein Gewicht beilegt, weil sie nicht constant sind und weil ihre Localität keine Be-

ziehung zur geistigen Störung haben kann, doch eine nicht unwesentliche Bedeutung, insofern als sie auf frühere Krankheitsprozesse hinweisen, welche die weitere Entwickelung des Gehirns gestört oder doch eine Disposition zu neuen Erkrankungen desselben hinterlassen haben.

In pathogenetischer Beziehung ist noch die Onanie zu besprechen. Man ist längst darüber hinaus, dieselbe als Ursache solcher Zustände anzusehen; sie ist hier, wie in den meisten Fällen, nur ein Symptom der bestehenden neuropathischen Disposition. Nichtsdestoweniger aber hat sie auf die psychischen Symptome einen gewissen Einfluss, indem sie offenbar manche Wahnideen hervorruft und andern eine gewisse eigenthümliche Färbung verleiht. Ich brauche in dieser Beziehung wohl keine Beispiele anzuführen, da ein Blick auf die vorstehenden Krankengeschichten deren genug zeigt. Ebenso verhält es sich mit der Isolirung unserer Kranken. Auch sie ist durch den schon frühzeitig eintretenden abnormen Character derselben bedingt, wirkt aber ihrerseits wieder wesentlich modificirend auf die Art der Wahnvorstellungen zurück. —

Prognose und Therapie der originären Verrücktheit erfordern, wie leicht einzusehen, keine weitere Besprechung. Ein Verfahren zur Heilung solcher Zustände gibt es nicht, die symptomatische Therapie aber ist dieselbe, wie bei allen chronischen Geistesstörungen, und würde mich hier zu weit führen, und was die Prophylaxis anlangt, so ist an eine solche gegenwärtig noch nicht zu denken, so lange nicht zu denken, bis sich unsere socialen Zustände zu dem vorurtheilsfreien Standpunkt einer Familienhygieine erhoben haben, und bis bei der Erziehung und dem Unterricht der Jugend den neuropathisch disponirten Individuen mehr Berücksichtigung geschenkt wird, als es jetzt geschehen kann. —

Dagegen dürften noch wenige Worte über die sociale Bedeutung der originär Verrückten wohl am rechten Orte sein. Diese Kranken gehören der Natur ihrer Wahnvorstellungen nach mit zu den gefährlichsten und in forensischer Beziehung wohl zu beachtenden Geisteskranken. Ihre Gefährlichkeit würde noch grösser sein, wenn sie nicht für gewöhnlich durch ihre schlaffe Energielosigkeit zu einem festen Entschlusse und zu eingreifendem Handeln unfähig wären. Doch wird die Energielosigkeit im Zustande stärkeren Affects überwunden und es kann dann leicht zu plötzlichen Angriffen auf Andere kommen. Die Beurtheilung solcher Zustände wird dann um so schwieriger sein, je mehr die Kranken noch Selbstbeherrschung haben und ihre Wahnvorstellungen zurückhalten können, besonders wenn noch, was ja nicht

selten der Fall ist, eine wirkliche, mehr oder weniger wichtige Veranlassung zum Hasse gegen das Opfer des Angriffs vorhanden ist. Ausserdem aber geben jene Individuen, auch abgesehen von den plötzlichen Ausbrüchen stärkeren Affects, in den ruhigeren Zeiten nicht selten Veranlassung zu gerichtlichen Untersuchungen, namentlich wenn sie zur Zeit, wo die Grössenideen vorwiegen, durch dieselben angeregt hochstehende Personen in verschiedener Weise belästigen. Ich brauche nur an den oben angeführten Kranken M. H. zu erinnern, welcher der Majestätsbeleidigung angeklagt war; ich brauche endlich nur, um die sociale Bedeutung dieser Geistesstörung in ein helles Licht zu setzen, an Sefeloge zu erinnern, der, so weit sich dies aus Damerow's Studie ersehen lässt, einer der von mir als originär verrückt bezeichneten Geisteskranken war.

XXIV.

Die Pathologie des Sympathicus.

Nach den heutigen Erfahrungen dargestellt

von

DDr. A. Eulenburg und P. Guttmann,
Privat-Docenten an der Universität Berlin.

Es war gewiss schon der Wunsch Vieler und ist sicher ein Bedürfniss der Gegenwart, dass unsere heutigen positiven Kenntnisse über die Pathologie des Sympathicus einmal von kundiger Hand zusammengestellt werden. Die Erklärung von Krankheitserscheinungen wird wieder mehr als früher von diesem Nervengebiete geschöpft, einzelne interessante Beobachtungen über anatomische Veränderungen an demselben geben neue positive Unterlagen hiefür, die Resultate der Experimente laden unmittelbar zu pathologischer Verwerthung ein, die rasch fortschreitende Electrotherapie zieht in einer früher ungeahnten Weise dieses Nervengebiet in den Wirkungsbereich ihres unschätzbaren Mittels. Ein recht vorsichtiges wissenschaftliches Vorgehen auf diesem Terrain, das in der älteren deutschen Pathologie der Schauplatz so wenig besonnener Lucubrationen war, ist gewiss sehr anzurathen und kann durch Sammlung und Zusammenstellung der positiven Thatsachen, die wir über die Pathologie des Sympathicus besitzen, wesentlich gefördert werden. Der mühsamen Arbeit haben sich auf meine Anregung die Herren Verfasser unterzogen und dürfen damit sicher auf den Dank der Fachgenossen rechnen. Der Kleindruck der Arbeit ist nur durch die Rücksicht auf den Raum des Archivs bedingt worden. Der Herausgeber.

I.
Traumatische Störungen im Gebiete des N. sympathicus cervicalis.

1. Compression durch Geschwülste.

Tumoren, welche in der Nähe der oberen Brustapertur oder in den Seitentheilen des Halses ihren Ausgangspunkt haben, geben zuweilen Anlass zu Erscheinungen, welche unzweifelhaft auf Functionsstörungen im Gebiete des N. sympathicus cervicalis bezogen werden müssen. Diese Erscheinungen sind bald Irritations-, bald Depressionsphänomene, indem sie sich entweder den bei

experimenteller Reizung oder bei Durchschneidung des Halssympathicus (an Thieren) erhaltenen Symptomengruppen annähern.

Häufiger sind die Erscheinungen, welche der letzteren Categorie, der Sphäre der Depression oder Lähmung angehören. So beobachtete Willebrandt*) in Folge von Lymphdrüsenschwellungen am Halse eine Verengerung der Pupille, welche nach Beseitigung der Drüsengeschwülste durch Jodkaliumeinreibung wieder zur Norm zurückkehrte. Ebenso sah Gairdner (in Edinburg) bei Aneurysmen der aorta und des truncus anonymus eine Verengerung der Pupille, die er von Compression des Sympathicus durch das Aneurysma herleitete, und fand diese Annahme auch in mehreren Fällen durch die Section bestätigt. Bei einem dieser Kranken war die betroffene Gesichtshälfte zugleich der Sitz kalter Schweisse, abwechselnd mit Hitzeanfällen. — Coates sah bei einem Aneurysma der linken Carotis Pupillenverengerung auftreten, die nach Unterbindung der Arterie verschwand.

Ogle**) beobachtete dasselbe Phänomen bei einem Kranken mit einer grossen Krebsgeschwulst in der linken Cervicalgegend, die den Oesophagus und die Trachea nach rechts verdrängt hatte.

Heineke***) beschrieb einen analogen Fall aus der Greifswalder chirurgischen Clinik von Bardeleben. Ein 54jähriger Mann litt an einer seit 4 Monaten rasch entstandenen, kindskopfgrossen Geschwulst, welche die ganze linke Seite des Halses von der jugula bis zum äusseren Rande des cucullaris einnahm und ihn zwang, den Kopf nach der rechten Seite zu neigen. Die linke Pupille war auffallend stark verengt; Einträufeln von Atropinlösung erzielte noch eine geringe Erweiterung derselben. Die Geschwulst erwies sich als ein Carcinom, welches allmälig in Verjauchung überging und in 9 Wochen durch collapsus den tödtlichen Ausgang herbeiführte.

Verneuil†) constatirte bei einem mit einer Parotisgeschwulst behafteten Manne, an dem die provisorische Ligatur der Carotis vorgenommen war, nach einiger Zeit andauernde Verengerung der Pupille nebst Hitze und Gefässcongestion in Schläfe und Zahnfleisch und vermehrter Schweisssecretion der ganzen Gesichtshälfte.

Die Deutung aller dieser Erscheinungen ist einfach. Offenbar haben wir es mit einer durch Compression bedingten Leitungsstörung im Gebiete des N. sympathicus cervicalis zu thun; dieselbe characterisirt sich durch die auch nach experimenteller Durchschneidung des Hals-Sympathicus (bei Warmblütern) in den Vordergrund tretenden Symptome. Dass nach Sympathicus-Durchschneidung dauernde Myosis der verletzten Seite zu Stande kommt, haben bekanntlich zuerst Pourfour du Petit und später Biffi durch Versuche an Kaninchen und Hunden bewiesen. Auch wissen wir, dass die nach Sympathicus-Durchschneidung verengte Pupille noch durch Einträufeln von Atropin erweitert werden kann, dass diese Erweiterung jedoch geringer aus-

*) Willebrandt, Archiv für Ophthalmologie Bd. I. 1855. S. 319.

**) Ogle, Medico-chirurgical Transactions T. XLI. p. 398.

***) Heineke, (Klinik des Geheime-Rath Bardeleben, Bericht über das Jahr 1860) Greifswalder medic. Beiträge II. H. I.

†) Verneuil, Gaz. des hôpitaux 1864. 16. April.

fällt als auf der gesunden Seite*) — also ganz wie in dem von Heineke geschilderten Falle. — Die Gefässcongestion, die Erscheinungen von Hitze und vermehrter Schweisssecretion der betroffenen Gesichtshälfte, die in mehreren der obigen Fälle wahrgenommen wurden, beruhen auf der Lähmung der im Hals-Sympathicus verlaufenden vasomotorischen Fasern der Blutgefässe des Kopfes. Durchschneidung des Hals-Sympathicus an Hunden, Katzen, Kaninchen u. s. w. bewirkt Erweiterung der kleinen Gefässe der operirten Kopfhälfte, namentlich der Arterien, und durch den gesteigerten Blutzufluss Temperaturerhöhung und Vermehrung der Secretionen, wie zuerst Cl. Bernard**) vor nunmehr 16 Jahren gezeigt hat. —

Ogle citirt auch Fälle, wo bei Aneurysma aortae, Krebs der Cervicaldrüsen und Infiltration derselben im Verlaufe von Scarlatina Dilatation der Pupille (wie bei experimenteller, electrischer Reizung des Hals-Sympathicus) beobachtet wurde. Ein besonders merkwürdiger Fall, der ihm von Dr. Kidd mitgetheilt wurde, betraf eine an Phlegmone colli leidende Dame. Als die Phlegmone in Eiterung überging, trat unter heftigen Schmerzen und Fieberfrost eine ausserordentliche Erweiterung der rechten Pupille auf, die nach einem ruhigen Schlafe der Kranken verschwand. Am folgenden Abend neuer Frost, während dessen die Pupille sich verengerte; dem Frost folgte ein Schmerzparoxismus, wobei, wie das erste Mal, Erweiterung stattfand. Dieselbe Abwechselung wurde noch wiederholt beobachtet. Indem der geöffnete Abscess der Heilung zuschritt, nahm auch die Pupille ihre normalen Dimensionen wieder an. Im folgenden Jahre bekam die Dame einen neuen Abscess in derselben Gegend und im nachfolgenden einen dritten, etwas tiefer gelegenen, wobei jedesmal dieselben Symptome, nur in etwas schwächerem Grade beobachtet wurden.

Auch in diesem, scheinbar complicirteren Falle sind die beobachteten Erscheinungen leicht zu erklären. Die Compression (durch Entzündungsgeschwulst und Eiter) wirkt hier zunächst als Reiz, also erweiternd; bei wiederkehrendem Reize (oder verstärkter Intensität desselben?) als leitungsstörendes Moment, myotisch. — Möglicherweise lassen sich auch die begleitenden Frostanfälle auf gleichzeitige Reizung der im Hals-Sympathicus verlaufenden vasomotorischen Fasern zurückführen. Da die sämmtlichen Blutgefässe der einen Kopfhälfte sich verengern, fliesst auch der Medulla oblongata weniger Blut zu; die temporäre Anämie der letzteren wirkt als Reiz auf das in ihr enthaltene vasomotorische Nervencentrum, wodurch die bekannten Erscheinungen des Fieberfrosts (Tetanus der kleinsten Hautarterien) herbeigeführt werden. Es scheint, dass die oculopupillären Nervenröhren im Faserstrang des Hals-Sympathicus am meisten peripherisch gelagert sein müssen, da bei der Compression durch Tumoren die Functionsstörungen im Gebiete jener Fasergruppe weit constanter und mit grösserer Intensität auftreten, als in den vasomotorischen und trophischen Faserbündeln des Kopftheils.

---

*) Budge, Bewegung der Iris; Valentin, Versuch einer phys. Pathologie der Nerven II. p. 154.

**) Compt. rend. 1852. t. XXXIV. p. 472; gaz. méd. de Paris 1852 p. 75 und 256.

H. Demme*) sah Mydriasis und auch einen leichten Grad von Exophthalmus bei einem Manne mit Struma cystica. Bei der Section fand sich der Halsstamm des Sympathicus auf der linken Seite mehr geröthet, und von einer im umgebenden Bindegewebe vertheilten, serösen Schwellung umschlossen. Mikroskopisch keine Veränderungen. — Die oculären Erscheinungen in diesem Falle lassen sich aus einem durch den Kropf bedingten Reizzustand in Sympathicus ableiten und schliessen sich vollkommen den experimentellen Ergebnissen an.

2. Schussverletzung.

Wir haben hier nur einen, bisher in der Literatur als Unicum dastehenden Fall zu registriren, der von drei amerikanischen Aerzten**) in ihrer interessanten Schrift über Nervenverletzungen mitgetheilt ist.

Es handelte sich um eine Schussverletzung des rechten Sympathicus. Die Kugel war auf der rechten Halsseite, 1½" hinter dem ramus mandibulae, am vorderen Rande des Sternocleidomastoides eingetreten, durch den Hals hindurchgegangen und unmittelbar unter und ½" vor dem linken Kieferwinkel ausgetreten. In 6 Wochen waren die Wunden geheilt, jedoch erst nach 10 Wochen kam Patient in die Behandlung der Verfasser, nachdem schon 1 Monat nach der Verletzung ein Kamerad des Verwundeten die schon damals bestehende ungewöhnliche Kleinheit der rechten Pupille constatirt hatte. Diese war bei der Aufnahme mehr oval als rund, und liess sich der Unterschied von der ungewöhnlich weiten linken Pupille am besten bei Beschattung erkennen, während bei hellem Lichte beide Pupillen fast gleich weit waren. Ausserdem leichte, aber bestimmte Ptosis am rechten Auge, der äussere Winkel desselben anscheinend etwas herabgesunken, der Bulbus kleiner, die Conjunctiva etwas röther, Thränenfluss, Myopie; ziemlich erheblicher Frontalschmerz, auch Gedächtnisschwäche. Ferner wurde wiederholt, nachdem Patient sich etwas beim Ausgehen angestrengt hatte, constatirt, dass die rechte Gesichtshälfte ungewöhnlich roth, die linke dagegen blass erschien; dabei Schmerzen am rechten Auge und rothe Blitze in demselben. Eine thermometrische Messung, im ruhigen Zustande gemacht, ergab keinen Temperaturunterschied im Mund oder Ohr auf beiden Seiten; bei Aufregung des Patienten wurde eine Messung nicht vorgenommen. Patient konnte 5 Monate nach der Verletzung wieder in den Dienst zurückkehren.

Dieser Fall, in dem es sich wahrscheinlich um eine Quetschung (oder Zerreissung?) des rechten Sympathicus durch das eingedrungene Projectil handelte, giebt bezüglich der beobachteten Symptome noch zu einigen Bemerkungen Anlass. Wir finden darin nichts, was nicht in den experimentellen Resultaten der Sympathicus-Verletzung bei Thieren und den anderweitigen pathologischen Beobachtungen am Menschen eine genügende Motivirung erhielte. Die Ptosis des Auges, das Herabsinken seines äusseren Winkels und

*) Fortgesetzte Beobachtungen über die compressiven Kropfstenosen der Trachea. Würzburger med. Zeitschrift. 1862. 3. Bd. S. 262 u. 269.

**) S. Weir Mitchell, George R. Morehouse and William Keen, gunshot wounds and other injuries of nerves. Philadelphia 1864.

die anscheinende Kleinheit des rechten Bulbus hat ihren Grund in der aufgehobenen oder verminderten Thätigkeit einzelner Theile der äusseren Augenmuskulatur, die vom Hals-Sympathicus aus innervirt werden, und auf deren specielle Verhältnisse wir bei Erörterung der Basedowschen Krankheit zurückkommen werden. Die Röthung der Conjunctiva und das Thränen des Auges beruhen auf der Functionsstörung vasomotorischer Nervenröhren, welche vom Sympathicus aus in die Bahn des ersten Trigeminus-Astes übertreten und zu den Conjunctivalgefässen verlaufen, deren Lähmung somit partielle Relaxation der letzteren, vermehrten Blutzufluss und gesteigerte Secretion der Conjunctivalschleimhaut zur Folge hat. Der veränderte Refractionszustand des Bulbus, die Myopie, ist einmal die nothwendige Konsequenz der andauernden paralytischen Myosis; andererseits kann hierbei noch der hypothetische, directe Einfluss des Sympathicus auf den Accommodationsmuskel (M. tensor chorioideae) oder einzelne Faserabschnitte desselben mit in Betracht kommen. Der häufige Kopfschmerz und die Gedächtnissschwäche finden in der noch als Folge der Sympathicus-Verletzung fortbestehenden Relaxion und Erweiterung der kleinen Hirngefässe ihre wahrscheinlichste Erklärung, welche auch durch die bei jedesmaliger Aufregung eintretende abnorme Röthung der rechten Gesichtshälfte sehr wesentlich unterstützt wird.

II.

Hemicranie.

Unsere nosologischen Vorstellungen über den interessanten und häufigen Symptomencomplex der Hemicranie sind bekanntlich bis auf die neueste Zeit noch äusserst dunkel. Aeltere Autoren (z. B. Wepfer, Tissot)*) haben die Krankheit im Ganzen mit der Prosopalgie, namentlich mit der als typische Supraorbital-Neuralgie auftretenden Form derselben identificirt; noch Schönlein, der übrigens die Hemicranie unter den Neurosen des Genitalsystems aufführt und als „hysteria cephalica“ bezeichnet, verlegt den Sitz der Schmerzen in die Ausbreitungen des frontalis und temporalis.**) Auch in der Gegenwart fehlt es nicht an Pathologen (z. B. Lebert)***) welche die Hemicranie einfach als eine Neuralgie im Gebiete des ersten Trigeminus-Astes betrachten. Innerhalb dieser Auffassung hat man dann wieder unter Berücksichtigung der präsumirten oder wirklichen, disponirenden und occasionellen Momente ziemlich willkürlich verschiedene Formen der Hemicranie unterschieden. So spricht Sauvages von 10 Arten der Hemicranie; Pelletan†) von einer „Migraine stomacale, irienne, utérine, pléthorique;“ Monneret und Fleury unterscheiden eine „Migraine idiopathique“ und „sympathique,“ welcher letzteren Eintheilung sich auch Valleix††) anschliesst. — Einen wichtigen Schritt

*) Traité des nerfs et de leurs maladies. Paris 1783. t. III. 2. pag. 121.

**) Allg. und sp. Path. und Th. (1832) IV. pag. 149.

***) Handbuch d. pract. Medicin. (1862) II. 2. — Piorry verlegt den Sitz der Migraine in die Irisnerven! (vgl. Andral: cours de pathologie interne, 3. ed. 1839. p. 380 ff. und Comptes rendus. t. XLIX. p. 987, 19. Dec. 1859.

†) De la migraine etc. Paris 1843.

††) Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs. (1841). — Ueber den anatomischen Sitz des Leidens äussert sich Valleix nicht näher, ebenso wenig Andral l. c.

that Romberg,*) indem er die Besprechung der Hemicranie an die „Hyperästhesieen des Gehirns, den Hinschmerz anknüpfte, sie somit von den peripherischen Neuralgieen scharf unterschied und geradezu als „neuralgia cerebralis“ bezeichnete. Ihm folgten spätere Pathologen; z. B. Leubuscher**) der die Hemicranie die „eigentliche Neuralgie des Gehirns“ nennt. Freilich sind dadurch, dass wir den Sitz der Schmerzen im Gehirn, resp. den mit Empfindung begabten Hirntheilen localisiren, unsere Vorstellungen hinsichtlich der Pathogenese des Leidens unmittelbar noch wenig gefördert; und es ist überdies die Rombergsche Auffassung der Hemicranie als einer cerebralen Neurose keineswegs über jede Anfechtung erhaben. Romberg wurde, wie es scheint, besonders durch die in den Bahnen des Quintus und der Sinnesnerven eintretenden Mitempfindungen, sowie durch den begünstigenden Einfluss motorischer und geistiger Anstrengungen zu der erwähnten Auffassung veranlasst. Indessen bemerkt schon Hasse***) mit Recht, dass, nach den Analogieen anderer Neuralgieen zu schliessen, die Mitempfindungen mehrerer Hirnnerven und dadurch bedingten Reflexerscheinungen kein Grund seien, nicht ebensowohl die Ausbreitungen des Trigeminus in den Schädelknochen und den Hirnhäuten als den Sitz des Leidens anzunehmen.

Dass bei dem anfallsweisen Auftreten der Hemicranie vorübergehende und periodisch wiederkehrende Anomalieen der lokalen Blutvertheilung, namentlich fluxionäre Momente, eine nicht unwesentliche Rolle spielen, ist bereits älteren Beobachtern nicht entgangen. Bereits vor fast 200 Jahren machte Bartholin†) bei Mittheilung eines als „Hemicrania periodica“ beschriebenen Falles, wo Venäsectionen und Compression sich hülfreich erwiesen, auf diesen Umstand aufmerksam; er bemerkt zur Erklärung des typischen Auftretens: „forsan vel sanguis vel lympha per circulationem ea hora recurrens ad locum hunc quocunque vitio debillem vellicat acrimonia sua pericranium.“ — Die allbekannte Thatsache, dass Migraine-Anfälle bei Frauen oft gleichzeitig mit der Menstruation auftreten und denselben Typus innehalten wie diese, auch mit den klimakterischen Jahren verschwinden, macht die Abhängigkeit der Hemicranie von örtlichen Circulationsstörungen in hohem Grade wahrscheinlich.

Du Bois-Reymond††) hat zuerst vor einigen Jahren aus interessanten Selbstbeobachtungen den Schluss gezogen, dass es sich bei seiner Migraine um einen Tetanus der Gefässmuskeln der leidenden Kopfhälfte, oder Tetanus im Gebiete des Halstheiles des betreffenden (rechten) Sympathicus handle. Er fand nämlich, dass während des Anfalles die Schläfenarterie der schmerzhaften Seite sich wie ein harter Strang anfühlte, während sie links die normale Beschaffenheit zeigte. Das Gesicht war bleich und verfallen, das rechte Auge klein und geröthet. Der Schmerz wurde durch alle Umstände gesteigert, welche den Blutdruck im Kopfe erhöhen (beim Bücken,

*) Lehrbuch der Nervenkrankheiten. I. pag. 204.

**) Krankheiten des Nervensystems (1860) pag. 154.

***) Krankheiten des Nervenapparates (1855) pag. 70.

†) Miscellanea curiosa sive Ephem. nat. curios. I. 1684. p. 130.

††) Zur Kenntniss der Hemicranie; Archiv für Anatom. und Phys. 1860. pag. 461—468.

Husten etc.) und steigerte sich synchron mit dem Pulse der Temporalis. Gegen Ende des Anfalles röthete sich das rechte Ohr unter lebhaftem Wärmegefühl wie auch durch die Hand wahrnehmbarer Erhöhung der Temperatur. — Diese Erscheinungen, der Zustand der Schläfenarterie, die Blutleere des Gesichtes, die Eingesunkenheit des rechten Auges zeigen, dass die Gefässmuskeln der leidenden Kopfhälfte sich in dauernder Zusammenziehung befinden. Lässt die Ursache nach, welche die Gefässnerven in den tonischen Krampfzustand versetzt, so folgt auf die Ueberanstrengung der glatten Muskeln ein Zustand der Erschlaffung, worin die Gefässwände dem Seitendruck mehr als sonst nachgeben. Aus dieser secundären Erschlaffung erklären sich die Röthung der Augenschleimhaut, die gegen Ende des Anfalles eintretende Röthung und Temperaturerhöhung des Ohres. Der die Migraine begleitende Brechreiz lässt sich, ebenso wie das häufige Flimmern vor den Augen, aus den Schwankungen des intracephalen Blutdruckes herleiten, welche den nach Art tonischer Krämpfe stossweise sich verstärkenden und wiederum nachlassenden Contractionen der Gefässmuskeln nothwendig entsprechen.

Ein solcher vorausgesetzter, tonischer Krampf sämmtlicher Gefässmuskeln der einen Kopfhälfte kann, nach physiologischen Erfahrungen, nur im Sympathicus derselben Seite oder in dem medullären Centrum der betreffenden Sympathicusfasern, somit in der entsprechenden Hälfte des regio ciliospinalis des Rückenmarkes, seinen Ausgangspunkt haben. Die Hemicranie wäre demnach nicht als eine Neuralgie peripherischer Nerven oder des Gehirns, überhaupt nicht als ein primäres Hirnleiden, sondern als eine Affection des Halssympathicus oder bestimmter Theile des Halsmarks zu betrachten. Diese auf den ersten Blick kühn erscheinende Annahme wird nun sehr wesentlich unterstützt durch eine weitere Selbstbeobachtung von du Bois-Reymond: er constatirte nämlich während des Anfalles eine Erweiterung der Pupille auf der erkrankten Seite. Ein besuchender Arzt, Dr. Schacht, bestätigte diese Beobachtung; und zwar erschien die Differenz in der Weite beider Pupillen um so beträchtlicher, je beschatteter die Augen waren — ganz so wie es bei dem Tetanisiren des Halstheiles des Sympathicus der Fall ist. — Endlich erschienen auch die der regio ciliospinalis entsprechenden Dornfortsätze während und nach dem Anfalle beim Druck schmerzhaft.

Es entsteht die Frage, wie sich der aller Wahrscheinlichkeit nach vorhandene Tetanus im Gebiete des rechten Sympathicus zu dem halbseitigen Kopfschmerz verhalte, ob er nur eine begleitende Erscheinung des letzteren bilde, oder die Ursache der Migraine, d. h. des paroxysmatischen Schmerzanfalles unmittelbar involvire. In dieser Beziehung hat du Bois-Reymond darauf aufmerksam gemacht, dass vielleicht der tonische Krampfzustand der glatten Gefässmuskeln selbst es sei, der als schmerzhaft empfunden werde, nach Analogie der Schmerzempfindungen, wie sie in quergestreiften Muskeln z. B. beim Wadenkrampf oder beim Tetanisiren, in glatten Muskeln des Uterus oder des Darms bei den Wehen, beim Colikanfall u. s. w. entstehen; oder wie sie die Schmerzhaftigkeit der Haut beim Fieberfrost kundgiebt. Wahrscheinlich rührt dieser Schmerz her vom Druck auf die innerhalb des Muskels verbreiteten Gefühlsnerven; dieser Druck, und folglich auch der Schmerz werden steigen, wenn die tetanischen Muskeln stärker angespannt werden, wie es z. B. beim Wadenkrampf der Fall ist, wenn man die Muskeln entweder

mittelst der Antagonisten oder, bei unterstütztem Fussballen, durch das Körpergewicht dehnt. Dasselbe wird bei Tetanus der Gefässmuskeln durch gesteigerten Seitendruck des Blutes in den Gefässen bewirkt werden. So findet auch die oben erwähnte Beobachtung, dass der Schmerz mit der Erhöhung des Blutdruckes und synchron mit den Pulsationen der Temporalis zunimmt, ihre rationelle Erklärung.

Uns scheint neben der von du Bois-Reymond versuchten Deutung des Schmerzes eine andere Annahme, als vielleicht noch näher liegender und ungezwungener, Erwähnung zu verdienen, welche der Eine von uns bereits an anderer Stelle*) in Kürze berührt hat. Es könnte nämlich in den Schwankungen der arteriellen Blutzufuhr, namentlich in der temporären Anämie der betreffenden Kopfhälfte, ein Moment gegeben sein, welches irritirend auf sensible Kopfnerven — sei es in der Haut, dem Pericranium, den Gehirnhäuten, den sensiblen Gehirnabschnitten selbst oder in allen diesen Theilen zusammengenommen — einwirkte, und dadurch den hemicranischen Schmerzparoxysmus veranlasste. Dass sensible Nerven durch Veränderungen der Lumina der sie begleitenden und umspülenden Blutgefässe — besonders wenn diese Veränderungen mit einer gewissen Plötzlichkeit stattfinden — in einen intensiven Erregungszustand versetzt werden und darauf mit Schmerz reagiren; diese Erscheinung können wir bei den verschiedensten Neuralgieen (Prosopalgie, Ischias u. s. w.) häufig beobachten; auch die im Gefolge von Herpes zoster besonders am Rumpfe, jedoch auch im Gesicht und den Extremitäten auftretenden Neuralgieen lassen sich sehr wahrscheinlich auf diese Quelle zurückführen: wie denn überhaupt Circulationsanomalieen, namentlich Anämie, als eins der wichtigsten Causalmomente neuralgischer Affectionen längst allgemein bekannt und mit Recht anerkannt sind. —

Schon du Bois-Reymond hat darauf aufmerksam gemacht, dass keineswegs alle Fälle von Migraine den vorstehenden Symptomencomplex während des Anfalles darbieten; dass namentlich die Differenz in der Weite der Pupillen in anderen, sehr ausgesprochenen Fällen periodischen halbseitigen Kopfschmerzes nicht beobachtet wurde. Er hat demnach für die dem seinen ähnlichen Fälle, wo ein Tetanus im Halstheile des Sympathicus als pathogenetisches Moment anzunehmen ist, die Bezeichnung „Hemicrania sympathico-tonica“ in Vorschlag gebracht. — Analoge casuistische Beobachtungen sind unseres Wissens nach der du Bois-Reymondschen Mittheilung in der Literatur der letzten Jahre nicht publicirt worden.

Bernatzik**) versuchte es, von der du Bois-Reymondschen Theorie aus die bekannten Wirkungen des Coffeins (wie auch des Chinins) beim Migraine-Anfall zu erklären, indem er hierbei besonders auf das dem primären Gefässkrampf folgende Stadium der Erschlaffung, der vermehrten Blutfülle der Hirngefässe Bezug nahm, und dabei den Effect jener Mittel wesentlich als auf einer Erregung der vasomotorischen Nerven, einer Steigerung des arteriellen Tonus beruhend bezeichnete. — Ganz vor Kurzem hat nun Möllendorff, anscheinend ohne jede Kenntniss der du Bois-Reymondschen Mit-

*) Eulenburg und Landois, die vasomotorischen Neurosen (II.), Wiener med. Wochenschrift. 1867. No. 87.

**) Wiener med. Presse. 1867. No. 28.

theilung, eine Theorie der Migraine aufgestellt,*) welche im Wesentlichen darauf hinausläuft, „dass die Hemicranie eine theils typisch, theils atypisch, einseitig auftretende Anenergie der die arteria carotis beherrschenden vasomotorischen Nerven ist, wodurch die Arterien erschlaffen und eine arterielle Fluxion nach dem grossen Gehirn gesetzt wird.“ —

Merkwürdiger Weise ist bei dieser Definition wie in der ganzen folgenden Auseinandersetzung nirgends von einem primären Stadium des Gefässkrampfes, des arteriellen Tetanus die Rede, welcher von du Bois-Reymond doch wenigstens in einem concreten Falle von Hemicranie so unzweifelhaft und schlagend nachgewiesen worden ist. Abgesehen von den übrigen, ziemlich vieldeutigen semiotischen Hinweisen sind namentlich folgende Punkte der Möllendorffschen Mittheilung, falls sie sich bei weiterer Beobachtung bestätigen sollten, für die Aetiologie und Deutung der hemicranischen Erscheinungen von vorwiegendem Interesse: 1) Compression der Carotis der leidenden Seite, während des Anfalles, bewirkt augenblickliches Schwinden des Kopfschmerzes, derselbe kehrt bei Nachlass der Compression mit der ersten Pulswelle wieder. Umgekehrt wird durch Compression der Carotis der anderen (gesunden) Seite der Schmerz gesteigert. 2) Die ophthalmoscopische Untersuchung des leidenden Auges ergab bei einer an Migraine leidenden Person während des Anfalles eine Erweiterung der centralen Gefässe (Art. und Vena centralis retinae; letztere knotig und sehr geschlängelt, von viel dunklerer Farbe als sonst); ebenso auch Erweiterung der Chorioidealgefässe, wodurch der Augenhintergrund, statt des sonstigen dunkelbraunroth, eine scharlachrothe Färbung zeigte; zuweilen auch eine stärkere Injection der Episcleralgefässe bis zum Hornhautrande, welche nach Aufhören des Anfalles verschwand. Das andere Auge hatte den normalen, dunkelbraunrothen Hintergrund; Art. und V. centr. wie sonst. Es ist leider vom Verfasser nicht angegeben, in welchem Stadium des Anfalles — ob, wie wahrscheinlich, gegen Ende desselben? — die Untersuchung vorgenommen wurde.

Ueber das Verhalten der Pupillen hat Möllendorff leider keine Angaben gemacht; es wäre von grossem Interesse zu wissen, ob in den von ihm beobachteten Fällen die Pupille der erkrankten Seite vielleicht eine Verengerung zeigte. — Wie dem aber auch sei, so scheint es nach der Möllendorffschen Mittheilung nicht unmöglich, dass es Fälle von Hemicranie giebt, welche sich dem du Bois-Reymondschen gerade entgegengesetzt verhalten, d. h. in denen nicht die Erscheinungen des Gefässkrampfes, des arteriellen Tetanus im Gebiete des Halssympathicus, sondern der Gefässerschlaffung, der arteriellen Hyperämie durch verminderte Thätigkeit der Gefässnerven in den Vordergrund treten: Fälle, welche man im Gegensatz zu jener du Bois-Reymondschen „Hemicrania sympathico-tonica“ vielleicht als Hemicrania neuro-paralytica oder angio-paralytica bezeichnen dürfte. Der Schmerz würde sich hierbei freilich nicht in der von du Bois-Reymond versuchten Weise erklären lassen; dagegen ist unsere oben gegebene Deutung auch hier ausreichend, indem die vorübergehende Steigerung des Blutdruckes, die vermehrte Füllung der kleinen arteriellen (und venösen) Gefässe durch Reiz und Druck auf die nervösen

---

*) Ueber Hemicranie. Archiv für path. Anatomie. XLI. Heft 3 und 4, pag. 385—395.

Elemente der leidenden Kopfhälfte in ganz gleicher Weise zu den pathognomonischen Erscheinungen der Hemicranie Veranlassung bieten, wie es bei dem entgegengesetzten Zustande — der durch Gefässkrampf bedingten Verminderung der Blutzufuhr, der arteriellen Anämie — nach unserer Darstellung der Fall ist. Wissen wir doch auch aus anderweitigen Thatsachen, dass Abnahme und Steigerung der Blutzufuhr, Anämie und Hyperämie in ihrer Wirkung auf die Nervenelemente des Gehirns vielfach übereinstimmen; dass z. B. die bekannten fallsuchtartigen Anfälle sowohl bei der Anämie des Gehirns (nach den Kussmaul-Tenner'schen Versuchen), wie auch bei der Hyperämie desselben auftreten, und dass ebenso der Einfluss auf die Herzthätigkeit und Pulsfrequenz in beiden Zuständen ziemlich gleich ist*). —

Möllendorff beobachtete vom Beginn und während der Dauer des hemicranischen Anfalls eine bedeutende Verlangsamung des Herzschlages, die normale Pulsfrequenz von 72 — 76 in der Minute sank auf 56 — 48; dabei waren die Radialarterien klein und contrahirt, während an der Carotis und Temporalis eine weiche und breite Welle gefühlt wurde. — Was die Pulsverlangsamung betrifft, für welche M. keine Erklärung giebt, so wurde dieselbe von Landois auch bei der künstlich, durch Compression der oberen Hohlvene, erzeugten (venösen) Hyperämie des Gehirns und der Medulla oblongata beobachtet, und zwar auch nach Exstirpation beider Halssympathici, dagegen nicht nach vorheriger Zerstörung des verlängerten Marks oder Durchschneidung beider Vagi. Diese Verminderung der Pulsfrequenz, welche bei maximaler Blutüberfüllung des Gehirns bis zum Herzstillstand fortschreiten und mit den oben erwähnten fallsuchtartigen Anfällen complicirt auftreten kann, ist, wie Landois nachgewiesen hat, von einer directen — nicht reflectorischen — Reizung der Medulla oblongata und der Vagi abhängig; Durchschneidung der letzteren im Stadium der hyperämischen Pulsverlangsamung hat sofortige Pulsvermehrung zur Folge.

Da in der Medulla oblongata auch das Centrum der meisten vasomotorischen Nerven des Körpers enthalten ist, so erklärt es sich aus der Reizung jenes wichtigen Gehirntheils vollkommen, dass, wie Möllendorff angiebt, beim hemicranischen Anfall die Radialarterien klein und zusammengezogen erscheinen; dass eine nicht zu hebende Eiseskälte der Hände und Füsse, Frostschauer über den ganzen Rumpf eintreten; dass endlich auch die Schweisssecretion (manchmal mit alleiniger Ausnahme der kranken Kopfhälfte) während des Anfalles unterdrückt ist. — Der durch gesteigerten Tonus veranlassten Verengerung der peripherischen Arterien folgt, wie überall, so auch hier ein Stadium der Erweiterung, der secundären Erschlaffung. Darin mögen die gegen Ende des hemicranischen Anfalls auftretenden Erscheinungen der vermehrten Speichel- und Urinsecretion, wie auch die von Möllendorff hervorgehobene Anschwellung der Leber und Hypersecretion von Galle, die (nach M.) bei allen mit Migraine behafteten Personen sich allmälig ausbildende Plethora der Unterleibsorgane, die Neigung zu Bronchotrachealcatarrhen und Lungenemphysem, welche sich bei derartigen Personen mit der Zeit bemerkbar machen soll, ihren schliesslichen Grund haben. —

*) Vgl. Landois, Centralblatt 1865 No. 44; 1867 No. 10.

Für die Therapie der Hemicranie scheinen uns die von du Bois-Reymond und Möllendorff hervorgehobenen Gesichtspunkte noch in ganz anderer Weise fruchtbringend zu sein, als es von Seiten der oben genannten Autoren selbst in ihren citirten Arbeiten geltend gemacht ist. Du Bois-Reymond deutet nur an, dass Heilbemühungen bei der von ihm charakterisirten Migraineform auf die regio ciliospinalis vorzugsweise gerichtet sein müssten. Möllendorff äussert sich über die Möglichkeit und die Art und Weise einer localen Therapie gar nicht; und doch beruht offenbar hierin vorzugsweise, der bisherigen ziemlich resultatlosen Allgemeinbehandlung und kritiklosen Empirie gegenüber, unsere einzige Hoffnung, und zugleich die gleichsam experimentelle Prüfung jener Auffassung, welche das Wesen der Migraine in einer periodisch wiederkehrenden Neurose der Kopfgefässe, demnach in einer Affection des Halssympathicus oder der centralen Ursprungsstelle der Kopfgefässfasern (regio ciliospinalis des Rückenmarks) findet. Wir kennen nur ein Mittel, durch welches wir am lebenden Menschen einen wesentlichen und mächtigen, örtlich begränzten Einfluss auf den Halssympathicus und auf einzelne Abschnitte des Rückenmarks, wenigstens unter Umständen, auszuüben vermögen: es ist dies der constante galvanische Strom. Ueber die galvanische Behandlung der Hemicranie hat sich bereits eine der anerkanntesten Autoritäten auf diesem Gebiete, Benedikt*), entschieden günstig geäussert. Wir selbst haben verschiedentlich Gelegenheit gehabt, Fälle von Hemicranie sowohl während der Anfälle, als auch in der interparoxysmellen Zeit durch locale Galvanisation vom Sympathicus und dem Halstheile des Rückenmarks aus zu behandeln. Wenn auch ein näheres Eingehen auf die erzielten Resultate begreiflicherweise weit aus dem Bereiche der uns hier gestellten Aufgabe hinausführen würde, so sei doch mit Rücksicht auf die oben erwähnte theoretische Bedeutung der galvano-therapeutischen Resultate kurz bemerkt, dass wir uns von der ausgezeichnet günstigen, namentlich palliativen Wirkung der localen Galvanisation in einzelnen Fällen evident überzeugt haben. In welcher Art und Weise eine solche galvanische Einwirkung auf den Sympathicus überhaupt und im speciellen Falle zu denken ist, werden wir am Schlusse unserer Arbeit im Zusammenhange besprechen.

III.
Die Basedow'sche Krankheit.

Mit dem Namen der Basedow'schen Krankheit bezeichnen wir bekanntlich den Symptomenkomplex von Herzpalpitationen, Anschwellung der Schilddrüse und Exophthalmus. Eine Reihe anderer Störungen im Secretions- Digestions- und Nervenapparat und beim weiblichen Geschlecht in der Genitalsphäre sind zwar häufige, aber für diese Krankheit nicht gerade charakteristische,

*) Ueber electrische Untersuchung und Behandlung, Wiener Med. Halle V. 1864. — Weitere (auch casuistische) Mittheilungen dürften uns in der II. Abthlg. der so eben erscheinenden Electrotherapie desselben Verfassers bevorstehen. Die von Benedikt bei der Hemicranie vorzugsweise geübte Application des constanten Stromes besteht in querer Durchleitung (von einem proc. mastoides zum anderen).

und zum Theil erst secundäre Erscheinungen. Die drei Cardinalsymptome sind in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle combinirt, doch kann jedes derselben hin und wieder fehlen*), oder nur in sehr geringem, die Grenzen der physiologischen Breite kaum überschreitenden Grade vorhanden sein, ja es kann selbst nur Exophthalmus für sich bestehen**); in letzterem Falle bleibt ihm der Charakter eines Symptoms der Basedow'schen Krankheit dadurch erhalten, dass er doppelseitig und mit anderweitigen Allgemeinstörungen verbunden ist.

Gewöhnlich ist die Reihenfolge der Symptomentrias die, dass zuerst Herzpalpitationen, nach einiger Zeit Struma und zuletzt Exophthalmus auftreten; mitunter aber entwickeln sich alle Symptome ziemlich gleichzeitig in wenigen Tagen und selbst noch kürzerer Zeit, oder in selteneren Fällen erscheinen Struma und Exophthalmus vor der Herzaffection, am seltensten ist der Exophthalmus das früheste***) Zeichen.

Die Gesetzmässigkeit in der Reihenfolge der drei Cardinalsymptome bei einer grossen Anzahl von Fällen, schliesst jede Annahme von einer nur zufälligen Combination aus und weist auf eine diesen Symptomen gemeinschaftliche Quelle hin. Dies ist gegenwärtig wohl die allgemeine Auffassung. Alles, was gegen die pathologische Einheit der Basedow'schen Krankheiten in der Discussion der Pariser Akademie der Medicin†) geltend gemacht wurde, konnte schon die damaligen Erfahrungen kaum erheblich erschüttern.

Ueber die Natur der Krankheit und ihren Ausgangspunkt sind seit der ersten genaueren Beschreibung mannigfache Theorien ausgesprochen worden, von denen wir nur wenige kurz berühren wollen.

Am nächsten lag es, in Rücksicht auf manche pathologische Analogieen das Wesen dieser Krankheit in einer fehlerhaften, der chlorotischen ähnlichen Blutmischung zu suchen. Schon v. Basedow nahm eine solche an und mehr oder minder schlossen sich spätere Beobachter auch noch bis in das gegenwärtige Decennium dieser Auffassung an††); ja wir sind so gewöhnt, einen

---

*) Unter 58 von v. Dusch zusammengestellten Fällen fehlte Exophthalmus 4 mal, Struma und Herzpalpitationen je 3 mal (Lehrbuch der Herzkrankheiten. Leipzig 1868. S. 354.)

**) Praël, Archiv für Ophthalmologie (v. Donders, Arlt und v. Gräfe) 1857, 3. Band, 2. Abtheilung, S. 208. Fischer, De l'exophthalmos cachectique, Archives générales de Méd. 1859. Nov. u. Dec. p. 521 u. 652. (Beobachtung V. von Dégranges und Sichel p. 533.)

***) Mackenzie, ref. bei Fischer a. a. O. p. 544. Beobachtung XI.

†) Gaz. méd. de Paris 1862, No. 30—36, Gaz. hebd. de Paris 1862, No. 30 bis 36 und 38, Union méd. de Paris 1862 p. 119, 138, 156, 171, 172, 220, 271, 318, 350, 396 und 446. Archives générales de Méd. 1862, Vol II. p. 244, 359, 362, 365, 488 und 490. Gaz. des hôp. 1862. No. 83 p. 330, No. 84 p. 333, No. 86 p. 343 No. 89 p. 351 und 356.

††) v. Basedow, Casper's Wochenschrift 1840, No. 13 (S. 197) und 14 (S. 220) und 1848 No. 49 (S. 769), Helfft, Casper's Wochenschr. 1849, No. 29 und 30. S. 450, Lubarsch, Casper's Wochenschr. 1850, No. 4. S. 60. Cooper, On Protrusion of the Eyes, in connexion with Anaemia, palpitation

Theil des Symptomenkomplexes in dieser Krankheit auf eine anämische Grundlage zurückzuführen, dass wir die antichlorotischen Mittel auch hier in Anwendung ziehen. Und in der That spricht Manches für diese Auffassung, namentlich das überwiegende Vorkommen der Krankheit beim weiblichen Geschlecht*), die häufigen Störungen in der Menstruation, sowohl im Verlauf als namentlich vor dem Beginn der Krankheit, der bisweilen beobachtete günstige Einfluss der Gravidität**), die Geräusche an den Gefässen der Struma und am Herzen, zum Theil auch die Herzpalpitationen u. s. w.

Indessen gewichtige Thatsachen sprechen gegen eine primäre chlorotische Basis. Zunächst zeigt sich die Krankheit, was ihre Kardinalsymptome betrifft, in ganz gleicher Weise beim männlichen Geschlecht, bei Frauen ausserhalb der klimakterischen Periode***), bei Kindern †), und selbst die weniger hervorstechenden Erscheinungen im Sekretions-Digestions- und Nervenapparat kehren hier wieder. Ferner kommt bei der Chlorose doch niemals Exophthalmus, schon nicht häufig Struma und kaum jemals eine so dauernd frequente und verstärkte Herzthätigkeit und Pulsation der Halsarterien vor. Eine Pulsfrequenz von 120 ist etwas Gewöhnliches, aber selbst 140 Pulsschläge ††) und darüber sind nicht selten, in einem Falle wurden 200 Pulse †††) in der Minute

---

and Goitre, The Lancet 1849, 26. Mai, p. 551. L. Gros, Note sur une maladie peu connue etc. Gaz. méd. 1857, No. 14, p. 231. Praël a. a. O. S. 510 (Exophthalmus anaemicus). Fischer a. a. O. p. 673. Hiffelsheim, Considerations sur la nature du goître exophthalmique, Gaz. hebd. 1862, No. 30, p. 468 ff. Beau, Gaz. med. 1862. No. 34, p. 535. Warburton Begbie, On vascular Bronchocele and Exophthalmos, Edinburgh med. Journ. Vol. IX. Septbr. 1863 p. 198—219. (Die den Kardinalsymptomen meist vorhergehende Anämie bedingt Ernährungsstörungen in einigen peripherischen Theilen des Sympathicus). Mackenzie, Taylor u. A. citirt bei Begbie a. a. O. p. 201.

*) Unter 57 zusammengestellten Fällen nur 11 Männer (v. Dusch a. a. O. S. 356.)

**) Charcot, Heureuse influence d'une grossesse survenue pendant le cours de la maladie de Basedow, Gaz. hebdom. 1862, No. 36, p. 562. Derselbe in Gaz. méd. 1856, p. 584. Trousseau, Leçons sur le goître exophthalmique. Union méd. 1860, T. VIII. p. 437. Corlieu, referirt in Canstatt's Jahresbericht 1864. 4. Bd. S. 172.

***) Stokes, Lehrbuch der Krankheiten des Herzens und der Aorta, Deutsch von Lindwurm, Würzburg 1855. S. 229 (60jährige Frau).

†) Trousseau, Clinique médicale de l'Hôtel Dieu, Paris 1868, Troisième Edition, T. II. p. 545 (14jähriger Knabe), Rosenberg, Berliner klinische Wochenschrift 1865. No. 50 (7jähriges Mädchen), Deval (citirt bei Oppolzer, Wiener med. Wochenschrift 1866. S. 780. 2½jähriges Mädchen).

††) Stokes a. a. O. S. 234. Parry ebendaselbst citirt S. 232. Lebert, Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung. Breslau 1862, S. 308.

†††) M'Donnell, Observations on a peculiar form of disease of the Heart, attended with enlargement of the Thyroid Gland and Eyeballs, Dublin Journ. of med. sc. Vol. XXVII. p. 203.

beobachtet, und in einem anderen*) war die Pulsfrequenz mitunter sogar unzählbar. Auch scheint, wie schon früher**) beobachtet, diese vermehrte Herzaktion den gewöhnlichen pulsherabsetzenden Mitteln häufig zu widerstehen, wovon wir uns selbst bei einer Kranken (mit 120 Pulsen in der Minute) während einer langen Beobachtungszeit überzeugt haben. Man hat ferner die Basedow'sche Krankheit bei blühenden oder wenigstens durchaus keine anämischen Symptome darbietenden Personen***) beobachtet; man hat sie oft acut, in wenigen Tagen und selbst plötzlich nach psychischen Erregungen †) und anderen Ursachen ††), auch nach traumatischen †††) Einwirkungen sich entwickeln sehen. Die vielfachen anderen, wenn auch nicht bei allen Kranken vorhandenen Erscheinungen, Abmagerung trotz Heisshungers, vermehrter Durst, Hitzegefühl, Neigung zu Schweissen, vermehrte Respirationsfrequenz, vollends die mannigfaltigen, mitunter sehr hochgradigen nervösen Symptome, kommen bei Chlorose doch auch nicht vor. Gewiss also ist Anämie in der Basedow'schen Krankheit nicht das Primäre, sondern, wo sie vorkommt, nur eine Folgeerscheinung, wie in einer Reihe anderer chronischer Krankheiten.

Eine weitere Theorie (Stokes)*†), welche den Ausgangspunkt der Erkrankung in das Herz verlegte und sie als eine Funktionsstörung desselben auffasste,

---

*) Gildemeester, Archiv für die holländischen Beiträge zur Natur- und Heilkunde (von Donders und Berlin). Utrecht 1864, Bd. III. S. 416.

**) v. Graefe, Archiv für Ophthalmologie 1857, Bd. III. Abth. II. S. 283. Ebenso Geigel, Würzb. med. Zeitschrift 1866, 7. Bd. S. 73. Cerf Lewy, De la cachexie exophthalmique, Thèse, Strasbourg 1861. referirt in Canstatt's Jahresbericht 1863, 4. Bd. S. 156 ff. Fritz, Relation d'un cas du goitre exophthalmique, Gaz. des hôpitaux 1862 No 88 p. 349. Andere Beobachtungen sprechen aber für eine Wirkung der Digitalis.

***) Unter Anderen Romberg und Henoch, Klin. Wahrnehmungen und Beobachtungen. Berlin 1851. S. 197. W. Moore, Dublin quarterly Journ. 1865 Novbr. p. 350. Friedreich, Lehrb. d Herzkrankheiten. Erlangen 1867. S. 308. Teissier, Gaz. méd. de Lyon 1863 No. 1–2 (citirt bei Trousseau, Clinique méd. T. II. p. 533).

†) Brück, Casper's Wochenschrift 1840. No. 28 und Deutsche Klinik 1862. S. 208. Peter (Trousseau) Gaz. hebdom. 1864. No. 14. (in einer Nacht) Oppolzer, Wiener med. Wochenschr. 1866. No. 48 und 49. v. Graefe Berliner klinische Wochenschr. 1867. No. 31. (nach forcirter Cohabitation). Handfield Jones, Records of a case of Proptosis, Goitre, Palpitation etc. Med. Times and Gaz. 1864 p. 6 und 30. Thomas Laycock, Clinical Lectures on Exophthalmos etc. and on so-called Anaemic Pulsations and Palpitations. Med. Times and Gaz. 1864. 24 Septbr. p. 323 ff. (nach heftigem Schrecken).

††) Taylor, Med. Times and Gaz. 24. Mai 1856. Adams (citirt bei Stokes a. a. O. p. 242, nach einem Anfall von Husten und Erbrechen). Mackenzie bei Fischer a. a. O. p. 544.

†††) James Begbie, Case of Anaemic Pulsation, Enlargement of the Thyroid Gland and Eyeballs, Edinburgh med. Journ. 1855. Case book p. 33 bis 36. (Verletzung d. Hinterhauptes). v. Graefe, Archiv f. Ophthalmologie 1857. 3. Bd. S. 294 ff. (Nach Applikation v. Blutegeln wegen einer Kopfverletzung).

*†) Stokes a. a. O. S. 244.

konnte, ganz abgesehen davon, dass damit noch nichts erklärt ist, schon den Thatsachen nicht Rechnung tragen. Mitunter fehlen Herzpalpitationen ja ganz, oder entwickeln sich mit den übrigen Symptomen gleichzeitig und selbst später und vor Allem führen die durch Herzfehler bedingten Palpitationen doch niemals zur Hervortreibung des Bulbus.*)

So kam man denn immer mehr dahin, den Ausgangspunkt der Erkrankung in das Nervensystem zu verlegen, eine um so berechtigtere Auffassung, als die meisten Kranken dieser Art mehr oder weniger an nervösen Symptomen leiden, worauf schon Basedow**) aufmerksam gemacht hat. Diese nervösen Symptome wurden bald auf eine hysterische***) Grundlage, bald auf einen allgemeinen Schwächezustand†) des Nervensystems, bald auf einem Sitz im Rückenmark††) und im Sympathicus und falls der Exophthalmus einseitig sei, auf das Ganglion Gasseri zurückgeführt.

Eine neue Auffassung über die Natur der Basedow'schen Krankheit hatte inzwischen Koeben†††) mitgetheilt. Er verlegte sie in den Sympathicus und motivirte diese Ansicht durch die anatomischen Beziehungen, in welchen das Herz, die Schilddrüse und der Augapfel zu Sympathicusästen stehen.*†) Die Struma, glaubte er, übe auf den Halssympathicus einen Druck und dadurch entstehe Exophthalmus, anolog den Experimentalergebnissen an Thieren, wie sie durch Budge und R. Wagner bekannt geworden. — Auch spätere Beobachter**†) erklärten den Exophthalmus durch Druck der Struma auf die Halsgefässe und Nerven.

---

*) Hingegen scheinen Herz und Schilddrüse in einer gewissen Beziehung zu einander zu stehen, da man nach Schwinden der Struma in Folge von Jodgebrauch Herzpalpitationen eintreten sah und auch bei der Basedow'schen Struma das Jod in einigen Fällen sehr bedeutende Verschlimmerung herbeiführte (Vgl. Virchow, die krankhaften Geschwülste. 3. Bd. I. Abth. S. 78.)

**) v. Basedow a. a. O. — Aus der neueren Literatur ist namentlich der Fall von Geigel bemerkenswerth (Exaltationszustände, zuletzt „vollständiger Wahnsinn"). In dem Fall von Gildemeester (a. a. O.) waren dem Leiden einige Jahre vorher epileptische Anfälle voraufgegangen, die 1 Jahr nach der Entwicklung der Basedow'schen Trias verschwanden und nicht wiederkehrten (S. 415 nnd 417). Die (40jährige) Kranke wurde von der Basedow'schen Krankheit bis auf einen geringen Exophthalmus geheilt.

***) Brück, Casper's Wochenschrift 1840. No. 28 und 1848 No. 18.

†) Handfield Jones, On a case of proptosis, goitre, palpitations. Lancet, 1860. 8. Dec. Fletcher, On exophthalmic goitre. British. med. Journ. 1863. 23. Mai.

††) Laycock, On the Cerebro-Spinal Origin and the Diagnosis of the Protrusion of the Eyeballs termed Anaemic. Edinburgh. med. Journ. 1863. Vol. VIII. Febr. p. 681—696. Derselbe: On the Causes and nature of the Vascular Kind of Bronchocele and of the Pulsations and Palpitations termed Anaemic, Edinburgh. med. Journ. Vol. IX. Juli p. 1—16.

†††) Koeben, De Exophthalmo ac struma cum cordis affectione. Diss. inaug. Berol. 1855.

*†) Koeben, a. a. O. p. 22—27.

**†) Piorry (Discussion sur le goitre exophthalmique) Gaz. hebdom. 1862.

Dass aber der Exophthalmus kein Druckphänomen sein kann, ergiebt sich aus mannigfachen Thatsachen. Die Struma tritt häufig mit Exophthalmus zugleich, mitunter später, selbst erst nach vielen Jahren*) ein, ja sie kann vollkommen fehlen**) trotz des Bestehens von hochgradigem Exophthalmus. Ferner ist die Struma gerade in der Basedow'schen Krankheit gewöhnlich nicht beträchtlich an Volumen, also einer Druckwirkung kaum fähig, und dann erzeugt die gewöhnliche, so häufig endemisch vorkommende Struma niemals Exophthalmus. Auch nimmt der Exophthalmus nicht gleichmässig mit einem Abschwellen der Struma ab, ja es wurde gleiche Intensität des Exophthalmus in einem Falle beobachtet***), trotzdem die Struma verschwunden und der Herzschlag auf die normale Frequenz dauernd gesunken war. Andererseits sah man den Exophthalmus verschwinden, den Allgemeinzustand sich bessern, ohne das die Struma an Umfang abnahm †) So Manches sich ferner im Einzelnen gegen die weiteren Ausführungen von Koeben einwenden liesse, so hatte die ganze Darstellung doch schon eine physiologische Grundlage. — Bald darauf machte auch v. Graefe††) auf eine mögliche Betheiligung des Sympathicus in dieser Krankheit aufmerksam.

Von französischen Aerzten sprach zuerst Aran†††) nachdem inzwischen die merkwürdigen Experimentalergebnisse am Sympathicus etwas Analoges wie in der Basedow'schen Krankheit gezeigt hatten, die Ansicht aus, dass diese Affection in einem Reizungszustand des Sympathicus bestehe. Den Exophthalmus leitete er von einer Contraction des Musc. orbitalis ab, des kurz vorher von H. Müller entdeckten glatten Augenmuskels. Auch Trousseau *†) fasste die Struma und den Exophthalmus als Congestionsphänomene in Folge von einem Reizungszustande im Sympathicus auf, und erinnerte dabei, was den Exophthalmus betrifft, an die ophthalmoscopischen Untersuchungen von Withuisen, welche eine Hyperämie in der Retina ergeben haben. Die Störungen der Menstruation, das Ausbleiben derselben, erklärt Trousseau aus einem mangelhaften Blutzufluss zu den Genitalorganen in Folge der vermehrten Blutwallung zu der oberen Körperhälfte. Für diese Auffassung spräche die Thatsache, dass mit dem Eintreten einer Uterinalcongestion z. B. in der Gravidität, die Krankheitserscheinungen, namentlich die Struma verschwinden.

No. 30. S. 477. — A. Cros, Hypertrophie du corps thyroïde accompagnée de Neuropathie du coeur et d'exophthalmie. Gaz. hebdomad. 1862. No. 35. p. 547.

*) Desmarres, citirt bei Fischer a. a. O. S. 531. Beobachtung III.

**) In dem Falle von v. Dusch a. a. O. S. 531.

***) Charcot, Mémoire sur une affection caracterisée par des palpitations du coeur etc. Gaz. méd. de Paris 1856. No. 38. p. 583 und No. 39. p. 599.

†) Taylor, Med. Times and Gaz. Mai 1856 p. 516.

††) v. Graefe, Archiv für Ophthalmologie. 1857. 3. Band. S. 280.

†††) Aran: De la nature et du traitement de l'affection connue sous le nom de goître exophthalmique. Sitzung der Pariser med. Academie vom 4. December 1860 in Gaz. hebdom. 1860 Nr. 49 S. 795, Gaz. méd. 1860 S. 712, Archives générales 1861, Jan. S. 106.

*†) Trousseau, Gaz. méd. 1862, p. 474 und Clin. méd. T. II. p. 528.

Seit dieser Zeit, namentlich nach den weiteren Bernard'schen Experimenten am Sympathicus ist die Ansicht, dass die Basedow'sche Krankheit ein Sympathicusleiden sei, allgemeiner geworden und hat auch durch pathologisch-anatomische Erfahrungen eine thatsächliche Basis gewonnen.

Aber der Begründung dieser Auffassung stehen von Seiten der Physiologie manche Schwierigkeiten entgegen; die Principalerscheinungen lassen sich nicht vollkommen den experimentellen Ergebnissen vergleichen, einzelne Erscheinungen bleiben sogar ganz unerklärt. Die Schwierigkeiten, das pathologische Bild mit dem Erfolge des Experiments am Halssympathicus in Einklang zu bringen, liegen vor Allem darin, dass einzelne Erscheinungen dem Lähmungszustande, also den Erfolgen der Durchschneidung, andere dem Reizungszustande (bei Galvanisation) entsprechen. Bei Durchscheidung sieht man z. B. niemals Exophthalmus, sondern gerade das Gegentheil, Retraktion des Bulbus in die Orbita eintreten, und Erweiterung der Halsgefässe, — bei Reizung andererseits niemals Erweiterung der Gefässe, sondern Verengerung, am Auge hingegen Hervortreibung. Indessen lassen sich manche dieser Gegensätze gerade nach den neueren Experimenten von Bernard*) zum Theil wenigstens vereinigen, wie dies Geigel darzulegen gesucht hat. Wir kommen später darauf zurück. —

Die Grundversuche von Bernard, welche für die Erklärung des Symptomencomplexes der Basedow'schen Krankheit in Betracht kommen, sind folgende:

Die Durchschneidung des Halssympathicus erzeugt eine Erweiterung der Hals- und Kopfgefässe der betreffenden Seite, und eine beträchtliche Temperaturerhöhung, die im Ohre gemessen mitunter 4—5° C. beträgt. Die Temperaturerhöhung persistirt längere Zeit, ja sie bestand in einem Versuche selbst nach 1½ Jahren. Die Erweiterung der Gefasse ist die Folge der Lähmung der im Sympathicus verlaufenden vasomotorischen Nerven, die erhöhte Temperatur die Folge des vermehrten Blutzuflusses.

Für die Gefässerweiterung finden wir in der Struma bei der Basedow'schen Krankheit eine Analogie

Das häufig rasche Entstehen derselben innerhalb weniger Tage und noch kürzerer Zeit, die Weichheit der Geschwulst, die fühlbare Pulsation der Schilddrüsenarterien, die lauten über derselben hörbaren blasenden Geräusche, die oft rasche Zu- und Abnahme der Geschwulst je nach der Stärke**) der Herzpalpitationen, lassen darauf schliessen, dass es sich zum grossen Theil um eine

*) Bernard: Des phénomènes oculo-pupillaires produits par la section du nerf sympathique cervical ils sont indépendants des phénomènes vasculaires calorifiques de la tête. Compt. rend. 1862. T. LV., p. 382—388.

**) Henoch, Casper's Wochenschrift 1848. No. 39 und 40. S. 630. Begbie, the monthly Journal of med. sc. Febr. 1849 ref. bei Genouville De la Cachexie dite exophthalmique. Archives génér. 1861. Jan. S. 91. Observation XII. Marsh, Dublin med. Journ. Vol. XX. 1842. p. 471—474. Romberg u. Henoch a. a. O. S. 192 Gildemeester a. a. O. S. 420. — Graves beobachtete 3 Fälle, wo mit jedem Anfall von Herzklopfen eine Anschwellung der Schilddrüse eintrat, und mit Nachlass desselben verschwand (bei Stokes a. a. O. p. 230.).

Erweiterung der in der Struma verlaufenden Gefässe handelt. Schon die oberflächlichen Venen am Halse sind mitunter stark geschlängelt und erweitert.*)

Die anatomische Untersuchung der Struma hat Erweiterung der Venen**) oder bedeutende Entwicklung der Arterien***) ergeben, dabei das Drüsengewebe einfach hyperplastisch oder mit Cysten durchsetzt und durch Neubildungen verändert. Letztere sind natürlich nur secundäre Bildungen, während im Beginn und in der ersten Zeit der Krankheit die Drüse wohl immer nur durch Gefässerweiterung vergrössert sein dürfte. Auch die Hyperplasie erklärt sich durch den dauernd vermehrten Blutzufluss zur Drüse.

Wenn wir somit in der Gefässerweiterung nach allerdings nur wenigen Sektionsbefunden eine Aehnlichkeit mit der experimentellen Erweiterung nach Sympathicusdurchschneidung finden, so ist dies natürlich noch keine vollkommene Analogie. Dazu würde der Nachweis gehören, dass die Sympathicusdurchschneidung auch zur Entwicklung von Kropf führt. Dass Thiere ebenso wie Menschen Struma bekommen können, ist bekannt.†) Baillarger††) hat in Gegenden, wo der Kropf endemisch bei Menschen ist, ihn auch sehr häufig bei Thieren beobachtet, namentlich Maulthieren, seltener bei Pferden und Hunden.

Das zweite, bereits erwähnte constante Phänomen der Sympathicusdurchschneidung ist die Erhöhung der Temperatur.

Für die Basedow'sche Krankheit ist etwas Aehnliches nur von zwei Beobachtern angegeben, wenn man nämlich die Fälle ausschliesst, die durch fieberhafte Krankheiten eingeleitet waren.

Paul†††) hat in einem Falle eine Temperaturerhöhung um ½—1° C., Teissier öfters um 1—2° C. beobachtet. Wir selbst haben bei einer seit

*) U. A. G. Hirsch, Clinische Fragmente. Königsberg 1858. 2. Abtheilung S. 224—225. Stokes a. a. O. S. 237. Geigel, a. a. O. S. 73 und 76.

**) Virchow, Die krankhaften Geschwülste. 3. Bd. 1. Hälfte 1867. S. 75. Vergl den Bericht über diesen Fall von Traube und v. Recklinghausen. Deutsche Klinik 1863. S. 286. — Marsh a. a. O.

***) Smith und Mac Dowel (bei Stokes S. 239). Naumann, Deutsche Klinik 1853. No. 24. S. 269. J. Banks, Dublin Hosp. Gaz. 1855. No. 9. (citirt bei W. Moore, Dublin quarterly Journ. 1865. Nov. p. 347). Fournier et Ollivier, Union médicale 1868. p. 95.

†) Vergl. Virchow, die krankhaften Geschwülste 1867. 3. Band. 1. Hälfte S. 57.

††) Baillarger, Du goître exophthalmique chez les animaux domestiques. Comptes rendus. 1862. T. LV. p. 475 ff. Union méd 1862. T. XII. S. 116. Gaz. méd. S. 605. Gaz. hebd. S. 617. Archives générales. S. 624.

†††) Paul, Berl. klinische Wochenschrift. 1865. No. 27. Teissier citirt bei Trousseau Clinique méd. T. II. p. 540 referirt in Canstatt's Jahresbericht. 1864. 4. Bd. S. 173. (Teissier nimmt die Normaltemperatur mit 35—36° C. an, hält daher die bei der Basedow'schen Krankheit gefundene Temperatur von 37° C. für erhöht).

³/₄ Jahren in der Universitäts-Poliklinik behandelten Kranken*) bei häufiger Messung die Temperatur stets erhöht gefunden. Sie schwankte zwischen 38,2 und 38,8° C. in der Achselhöhle. Es besteht in diesem Falle keine Komplikation, wodurch etwa eine erhöhte Temperatur bedingt sein könnte. Die Kranke geht allen ihren Geschäften nach, hat den besten Appetit und klagt nur über Hitzegefühl und vermehrte Schweisssekretion. Bekanntlich ist dies

---

*) Patientin, gegenwärtig 24 Jahr alt, war früher gesund und bis zum Herbst 1864 regelmässig menstruirt. Angeblich nach einer starken Erkältung cessirten um diese Zeit die Menses und blieben bis zum Hochsommer 1865 aus. Im Herbst 1865 nach bereits wieder eingetretener Menstruation, während welcher Zeit Patientin über keine Störungen des Allgemeinbefindens zu klagen hatte, wurde sie von Verwandten auf ihre Glotzaugen und den angeschwollenen Hals aufmerksam gemacht. Herzklopfen trat erst ungefähr 1¹/₄ Jahr später, im Januar 1867, hinzu. (Bis dahin hatte sie selbst beim Treppensteigen keine Herzpalpitationen). Vom Januar bis Juni 1867 steigerte sich das Herzklopfen, weswegen sie in der Klinik Hülfe suchte. Die Menstruation war bis dahin sowie bis gegenwärtig ziemlich regelmässig, aber spärlich.

Der Exophthalmus ist ziemlich beträchtlich, links noch stärker als rechts, beim Lidschluss bleibt ein ungefähr 2 Linien breiter Saum der Cornea unbedeckt, das Graefe'sche Phänomen der Insufficienz des oberen Augenlids (mangelnder Consensus zwischen Lidbewegung und gesenkter Blickebene) exquisit vorhanden; Bewegung aller Augenmuskeln vollkommen normal; keine Sehstörung, keine Pupillendilatation; reichliches Thränen der Augen, die Conjunctivalgefässe injicirt.

Die Struma weich, rechter Lappen der Schilddrüse stärker geschwollen, als der linke, überall an der Struma stark fühlbare Gefäss-Pulsation und Fremissement. Bei der Auscultation: laut blasende permanente Geräusche, die mit jeder Systole des Herzens noch stärker werden. An der Herzspitze, sowie in der Gegend der grossen Gefässe 2 reine dumpfe Töne; zeitweise ist der erste Ton von einem systolischen Blasen begleitet. Keine Volumszunahme des Herzens. (Spitzenstoss im 5. Intercostalraum, die Mamillarlinie nicht überschreitend; auch nach rechts hin überschreitet die Dämpfung den linken Sternalrand nicht). Pulsfrequenz gewöhnlich 120 oder etwas darüber. — Patientin leidet ausserdem an epileptiformen Anfällen, die jedoch in keinem Causalnexus zu der Basedow'schen Krankheit stehen, da sie schon einige Jahre vor dem Beginn derselben aufgetreten sind. Während der gegenwärtigen Krankheit hatte Patientin (seit nun 2¹/₂ Jahren) nur einige Anfälle. Eisenpräparate haben bis jetzt nichts geleistet. Digitalis vermochte den Puls niemals herabzusetzen. Der Zustand ist nach jetzt nun ³/₄jähriger Beobachtung noch der gleiche, wie im Juni 1867.

Einen anderen Fall von Basedow'scher Krankheit beobachtete der Eine von uns vor mehreren Jahren bei einem 18jährigen Mädchen. Störungen der Menstruation leiteten den Beginn der Krankheit ein; der Aufenthalt in Pyrmont besserte die Erscheinungen sehr wesentlich. Nach einiger Zeit aber verschlimmerten sich alle Erscheinungen wieder. Patientin starb an einer intercurrenten Pneumonie. Section wurde nicht gemacht.

eine häufige Klage dieser Kranken und schon Basedow*) machte ja darauf aufmerksam. In der neueren Literatur**) sind u. A. Fälle beschrieben, wo die Kranken ein so unerträgliches Hitzegefühl hatten, dass sie die Kleider von sich warfen.

In der Temperaturerhöhung hätten wir also, falls sie auch bei späteren Messungen nachgewiesen werden sollte,***) eine gewisse Analogie mit dem physiologischen Experiment am Sympathicus; es ist damit natürlich nicht ausgesprochen, dass dieser Temperaturerhöhung beim Menschen die gleiche Bedingung zu Grunde liege, wie bei den Sympathicusexperimenten an Thieren. Bei diesen ist die Temperatur nur lokal erhöht, auf der Hals- und Kopfseite, wo der Sympathicus durchschnitten ist, die Bedingung für diese Temperaturerhöhung ist ebenfalls nur eine lokale, nämlich der verstärkte Blutzufluss zu den in Folge der Lähmung der vasomotorischen Nerven erweiterten Gefässen. Beim Menschen ist die Körpertemperatur allgemein erhöht, und doch lässt sich eine allgemeine Gefässerweiterung, die eine solche allgemeine Temperaturerhöhung erklären könnte, wenigstens nicht mit Bestimmtheit nachweisen, ja es steht der kleine Radialpuls zu der enorm verstärkten Herzaktion oft gerade im Widerspruch. Wie diese objektive Temperaturerhöhung in einzelnen bisher beschriebenen Fällen und namentlich das subjektive Hitzegefühl bei einem grossen Theil dieser Kranken zu Stande komme, können wir vor der Hand nicht erklären; durch die verstärkte Herzaktion kann sie nicht bedingt sein, da sie sonst ebenso vorkommen müsste bei den durch organische Herzfehler bedingten Palpitationen.

Ein ferner hierher gehöriges in der Basedow'schen Krankheit zuerst von Trousseau beobachtetes Phänomen ist das auf Berührung der Kopfhaut sogleich eintretende und mehrere Minuten anhaltende lokale Erythem, das wir also auffassen müssen als das Produkt einer Lähmung der vasomotorischen Nerven (Angioneurose). Trousseau†) beschrieb diese Erscheinung als Tache cérébrale, Paul und von Dusch bestätigten die Beobachtung. Wir selbst haben uns in dem erwähnten Falle evident davon nicht überzeugen können. Es hätte diese Thatsache auch nur dann für die Deutung Werth, wenn die Röthe schon nach leichter Berührung entstände. Denn bei stärkerer Streifung entsteht bei nur irgend zarter Haut bekanntlich immer ein Erythem.

Das zweite Cardinalsymptom der Basedow'schen Krankheit, welches wir mit den experimentellen Ergebnissen am Sympathicus zu vergleichen haben, ist der Exophthalmus. Derselbe tritt fast immer an beiden Augen gleichzeitig

---

*) v. Basedow, Casper's Wochenschrift. 1848. S. 773.

**) Trousseau, Clinique méd. T. II. p. 540 und Gaz. hebd. 1864. p. 180. Fournier et Ollivier, Union méd. 1860. pag. 93.

***) Charcot gibt die Temperatur in einem Falle als normal an. Gaz. méd. 1856. p. 600. — In einem auf der Frerichs'schen Klinik beobachteten von Dumont beschriebenen Falle (De Morbo Basedowii. Diss. inaug. Berlin 1863. pag. 27) war die Hauttemperatur normal.

†) Trousseau, Gaz. hebdom 1864. pag. 180 und Clinique médicale. T. II. p. 541 Paul, a. a. O. pag. 279, von Dusch a. a. O. pag. 353.

auf, selten an einem Auge später,*) ist äusserst selten nur einseitig.**) Gewöhnlich ist die Protrusion an beiden Augen nicht gleich intensiv, bald ragt das rechte, bald das linke stärker hervor.

Die Experimente am Sympathicus lehren darüber Folgendes:

Durchschneidung des Halssympathicus bei Thieren erzeugt Abplattung der Cornea, Verengerung der Pupille und Röthung der Conjunctiva (Petit), Retraction des Bulbus in die Orbita und consecutive Verkleinerung des Bulbus (Cl. Bernard).

Es ist dieser experimentelle Erfolg also ein dem Basedow'schen Exophthalmus gerade entgegengesetzter.

Schon Biffi hat aber ferner angegeben, dass die nach Durchschneidung des Halssympathicus verengerte Pupille sich sofort erweitert auf galvanische Reizung des centralen Endes des durchschnittenen Sympathicus und Bernard hat die Beobachtung hinzugefügt, dass sich dann auch die Lidspalte erweitert, die Cornea hervorwölbt und der Augapfel aus der Orbita hervorspringt, also ein wirklicher Exophthalmus entsteht, zugleich aber mit einer wieder eintretenden Verengerung der vorher erweiterten Hals- und Kopfgefässe und Erniedrigung der Temperatur, selbst unter die normale.

Exophthalmus und Erweiterung der Halsgefässe (wie wir letztere zur Erklärung der Struma in der Basedow'schen Krankheit annahmen) sind also niemals gleichzeitiges Product eines und desselben experimentellen Eingriffs, sondern stehen in einem antagonistischem Verhältnisse zu einander; denn Durchschneidung macht zwar Erweiterung der Gefässe, aber keinen Exophthalmus, im Gegentheil Retraction des Bulbus, Reizung macht zwar Exophthalmus, aber keine Gefässerweiterung, im Gegentheil Verengerung. Folglich müssen beide Reihen von Erscheinungen nach Sympathicus-Durchschneidung, die Erweiterung der Gefässe mit Temperaturerhöhung (die vasculären-thermischen Symptome nach Bernard) und die Veränderungen am Auge (oculopupillären Symptome) durch den Einfluss verschiedener Nerven bedingt sein, die nur in der Bahn des Sympathicus zusammen verlaufen, aber ihre besonderen Centra haben.

Für die oculopupillären Nerven war dieses Centrum von Budge***) und Waller bereits nachgewiesen im Halsmark (centrum cilio-spinale). Bernard†) theilte dann die wichtige Thatsache mit, dass man beide Symptomenreihen der Sympathicus-Durchschneidung, also sowohl die vasculär-thermischen, als die oculopupillären ganz isolirt erzeugen kann. Diese Experimente, welche für die Erklärung der anscheinend antagonistischen Symptome in der Basedow'schen Krankheit wenigstens eine Möglichkeit liefern, sind folgende:

Durchschneidung der vorderen Wurzeln der zwei ersten Rückenmarks-

---

*) Praël, a. a. O. S. 207.

**) Mackenzie citirt bei Fischer a. a. O. p. 652; Beobachtung XII. Förster citirt bei Lebert: Die Krankheiten der Schilddrüse und ihre Behandlung, Breslau 1862, S. 309. Schnitzler, Wiener Medicinal-Halle 1864, Nr. 24—36 (citirt bei Paul, Berl. kl. Wochenschrift, 1865, Nr. 27).

***) Budge, Lehrbuch der speciellen Physiologie, Leipz. 1862, S. 767 ff.

†) Bernard, Comptes rendus 1862, T. LV. p. 382 ff. Vergl. ferner Gaz. méd. 1862 p. 572. Gaz. hebd. 1862 p. 585. Archives générales 1862 p. 498. Union méd. 1862 p. 114 und 152.

nerven erzeugt Abplattung der Cornea, Verengerung der Pupille, Verkleinerung der Lidspalte, Retraction des Bulbus (also die gleichen Erscheinungen, wie die Durchschneidung des Halssympathicus), aber keine Gefässerweiterung, keine Erhöhung der Temperatur. Die Erscheinungen am Auge treten also ganz isolirt auf. Galvanische Reizung der peripherischen Enden der durchschnittenen vorderen Wurzeln erzeugt dann wieder Vorwölbung der Cornea, Erweiterung der Pupille, Erweiterung der Lidspalte und Exophthalmus, also die gleichen Erscheinungen, wie die galvanische Reizung des centralen Endes des durchschnittenen Halssympathicus.

Durchschnitt dagegen Bernard (beim Hund) den aufsteigenden Faden des Brustsympathicus seitwärts der Wirbelsäule zwischen 2. und 4. Rippe, so trat nur Gefässerweiterung mit Temperaturerhöhung der betreffenden Seite auf (am ersten Tage um 4, am zweiten um 6° C. Unterschied gegen die gesunde), die Phänomene am Auge aber blieben vollkommen aus.

Nach diesen experimentellen Ergebnissen ist es möglich, den anscheinenden Antagonismus zwischen Struma und Exophthalmus in der Basedow'schen Krankheit physiologisch zu erklären, wie dies bereits Geigel*) angegeben hat. Es erklärt sich nämlich die Struma, d. h. die Erweiterung der Halsgefässe, wenn man annimmt, dass die im Halstheil des Sympathicus verlaufenden vasomotorischen Nerven für die Hals- und Kopfgefässe sich in einem lähmungsartigen Zustande befinden, also analog wie nach Durchschneidung des Sympathicus; die Gefässlähmung bedingt dann auch die erhöhte Temperatur. Andererseits erklärt sich der Exophthalmus nur dann, wenn man annimmt, dass die ebenfalls in der Bahn des Halssympathicus verlaufenden oculopupillären Fasern gerade umgekehrt in einem Zustande von Reizung sich befinden, also analog, wie bei galvanischer Reizung des centralen Endes des durchschnittenen Sympathicus. Ob diese Annahme eines gleichzeitig bestehenden Lähmungs- und Reizungszustandes im Halssympathicus zur Erklärung des Symptomen-Complexes der Basedow'schen Krankheit berechtigt sei, darauf kommen wir weiter unten besonders zurück.

Zunächst bedarf es noch der Erwähnung, wie der Exophthalmus durch Reizung des Halssympathicus entsteht, und ob die gleiche Entstehungsursache für den Basedow'schen Exophthalmus in Anspruch genommen werden kann.

Der experimentell erzeugte Exophthalmus entsteht durch Contraction des von H. Müller**) entdeckten Musc. orbitalis, jenes glatten Augenmuskels, der vom Sympathicus***) innervirt, als Antagonist des m. retractor dient und den Bulbus zu protrahiren im Stande ist. Schon Aran†) hat dieses anatomische

*) Geigel, Würzburger medicinische Zeitschrift 1866, 7. Bd. S. 84 ff.

**) H. Müller, Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg 1859, 9. Bd. p. LXXVI. Sitzung vom 30. October 1858. Der Muskel liegt in der Gegend der Fissura orbitalis inferior, ist beim Menschen schwach, bei Wiederkäuern sehr mächtig entwickelt.

***) Seine (marklosen) Nervenfasern lassen sich bis zum Ganglion sphenopalatinum verfolgen. (H. Müller in Siebold und Kölliker's Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie Bd. IX. S. 541).

†) Aran a. a. O. Vergl. auch Dechambre, De la maladie de Basedow, Gaz. hebd. 1860, T. VII. p. 834.

Factum zur Erklärung des Basedow'schen Exophthalmus benutzt und seine Theorie von der sympathischen Natur der Krankheit darauf zum Theil gestützt. Beim Menschen dürfte allerdings die Wirkung dieses Muskels nur sehr schwach sein, wie H Müller selbst zugesteht, um so mehr, da er hier als Antagonist von sehr energischen, willkürlichen Muskeln (den geraden Augenmuskeln) erscheint.*) H. Müller**) hat nun auch noch andere glatte Muskeln am obern und untern Augenlid entdeckt, die bei der Protrusion des Bulbus mitwirken mögen, indem deren Contractionen die Lidspalte erweitern. Dass diese Muskeln ihre Nerven aus dem Halssympathicus erhalten, geht aus einem Experimente an einem Hingerichteten hervor, wo die electrische Reizung des Halssympathicus die Augenlider eröffnete.***) Eine gleiche Wirkung auf die Augenlider sah auch Müller †) bei seinen Versuchen an einem Hingerichteten, so dass also die Erweiterung der Lidspalte eine unzweifelhafte Wirkung dieser vom Sympathicus††) innervirten glatten Muskeln ist.

Kürzlich†††) sind nun auch glatte Muskeln in der Orbitalaponeurose beschrieben, die bei Reizung des Halssympathicus für die Protrusion des Bulbus mitwirken sollen.

Aber die Erklärung des Basedow'schen Exophthalmus aus einer Wirkung der bisher beschriebenen glatten Muskeln stösst auf eine erhebliche Schwierigkeit. Der permanente Exophthalmus in dieser Krankheit wäre ja nur ermöglicht durch eine permanente tetanische Contraction dieser Muskeln, also durch einen permanenten Reizzustand der diese Muskeln innervirenden und in der Bahn des Halssympathicus verlaufenden Nervenfasern. Für einen solchen permanenten Reizzustand gibt es aber keine physiologische Analogie. Jeder Reizungszustand eines Nerven geht allmälig in den entgegengesetzten Zustand, den der Lähmung über, und wir haben kein Recht, das was für die sensibeln und motorischen Nerven als ein ausnahmsloses Gesetz gilt, für das System des Sympathicus auszuschliessen. Wir können also den auf galvanische Reizung des Sympathicus bei Thieren eintretenden Exophthalmus nicht unbedingt für die Erklärung des Basedow'schen Exophthalmus in An-

*) Kölliker (Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg vom 30. October 1859, 9. Bd. S. LXXVI.).

**) H. Müller, Ueber glatte Muskeln an den Augenlidern des Menschen und der Säugethiere, Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg 1859, 9. Bd. S 244; Sitzung vom 8. Januar 1859.

***) R. Wagner (Mittheilung an H. Müller), Verhandlungen der Würzburger Gesellschaft vom 5. Februar 1859, 10. Bd. 1860 p. XI.—XIII.

†) H. Müller, Verhandlungen der Würzburger medic. Gesellschaft vom 29. Oct. 1859, 10. Bd. p. XLIX.

††) Remak hatte schon 1855 gezeigt, dass Reizung des Halssympathicus bei Thieren Erhebung des obern Augenlides erzeugt. (Vergl deutsche Klinik 1864 S. 159).

†††) Sappey, Recherches sur quelques muscles à fibres lisses qui sont annexés à l'appareil de la vision. Compt. rendus 1867. 21. October p. 675 ff. und Prevost und Jolyet, Note sur le rôle physiologique de la gaîne fibro-musculaire de l'orbite, Compt. rend. 1867. 18. Nov. und Archives générales 1868, Jan. p. 104.

spruch nehmen. Auch lässt sich nicht denken, dass die Wirkung dieser immerhin doch nur schwachen Muskeln so bedeutend sein sollte, um, wie ja schon beobachtet, einen so hochgradigen Exophthalmus zu erzeugen, dass nur ein kleiner Theil des Bulbus von den Lidern bedeckt wird, ja dass selbst Luxation*) des Augapfels entsteht. Bei der stärksten galvanischen Reizung des Halssympathicus, einer Reizung, wie sie unter physiologischen Verhältnissen gar nicht vorkommt, wird nie ein so bedeutender Exophthalmus, wie in der Basedow'schen Krankheit hervorgebracht. Demnach möchten wir auf die ursprüngliche Annahme zurückgehen, dass theilweise wenigstens die Blutfülle (venöse Hyperämie) und Fettentwickelung im Zellgewebe der Orbita zur Protrusion des Bulbus beitragen. Dass eine Blutfülle in der Orbita während des Lebens bestehe, wird aus der analogen Blutfülle in der Struma und ferner aus der Beobachtung wahrscheinlich, dass mit Nachlass der Herzpalpitationen der Exophthalmus häufig abnimmt und mit Verstärkung der Herzthätigkeit wieder wächst, dass er auf leichten Fingerdruck sowie nach dem Tode in die Orbita zurücksinkt. Für die Möglichkeit einer auf diese Weise zu Stande kommenden Hervordrängung haben wir mehrfache Analogieen.**) Bei Neugebornen ist ein leichter Exophthalmus bei längerer Geburtsdauer in Folge von Druck und dadurch Congestion nach dem Kopf, ebenso bei instrumenteller Kunsthülfe beobachtet worden. Das Gleiche sah man bei Frauen nach angestrengter Geburtsarbeit, eine Erscheinung, die schon den Alten bekannt war. Ebenso kann Exophthalmus aus verschiedenen anderen Ursachen, welche zur serösen Durchfeuchtung des retrobulbären Zellgewebes führen (z. B. bei Bright'scher Krankheit***) oder nach Scharlach†) ganz mechanisch entstehen, ebenso bei Congestionen nach dem Kopfe.††) Eine Reihe anderer Ursachen (Tumoren in der Orbita natürlich ganz ausgeschlossen), häufige heftige Anstrengungen, Convulsionen u. s. w. können ebenfalls durch gesteigerten Blutdruck in den Venen zu Hyperämie im Auge und dadurch zu Exophthalmus führen. Solche Beobachtungen sind mehrfach gemacht und in Demarquay's†††) Werk zusammengestellt.

Hierher dürfte auch eine merkwürdige Beobachtung von Decès†*) gehören, welcher bei einer Frau nach einer heftigen Kopfcongestion linksseitigen Exophthalmus auftreten und wieder verschwinden sah, als die benach-

*) Beobachtung von Pain bei Trousseau, Clinique méd. T. II. p. 527 und 551.

**) Demarquay, Traité des tumeurs de l'orbite, Paris 1860 p. 157 ff.

***) U. A. Beobachtung mit Sectionsbefund von Roché citirt bei Demarquay S. 171 und Lécorché ebendaselbst S. 183; bei Fischer a. a. O., S. 657—659, Beob. XVII.

†) Coulon, citirt bei Fischer a. a. O., Beobachtung XVIII. und bei Demarquay S. 184.

††) U. A. Sichel, citirt bei Demarquay S. 189.

†††) A. a. O., Hypertrophie, Infiltration, Congestion du tissu cellulaire, Cachexie exophthalmique p. 157—223.

†*) Decès, Thèse inaugurale sur l'aneurysme cirsoïde, ref. bei Dechambre, Gaz. hebdom. 1862 S. 482.

barte Temporalarterie anschwoll, die darüber gelegene Haut sich röthete und ödematös wurde.

Für die venöse Hyperämie im Auge beim Basedow'schen Exophthalmus spricht auch die Angabe von Gräfe,*) dass die Netzhautvenen sich in der Regel sehr breit und stärker geschlängelt als in der Norm darstellen. Indessen wird durch diese Blutfülle der Exophthalmus nicht vollkommen erklärt, der höchste Grad desselben müsste ja sonst bei Strangulirten vorkommen, was thatsächlich nicht der Fall ist

Ein drittes genetisches Moment für die Protrusion des Bulbus ist die retrobulbäre Fettwucherung: sie ist in einigen Obductionen zur Evidenz dargethan. v. Basedow**) fand eine so beträchtliche Fettwucherung, dass der nervus opticus durch sie ganz eingeschlossen war; Heusinger***) gibt in einem Falle die Zunahme des Fettes um das Doppelte der normalen Menge an; Naumann†) fand neben atheromatöser Entartung der art. ophthalmica eine grosse Menge von Fett in der Orbita; Laqueur††) in dem von Runge secirten Falle sehr viel Fett in der Orbita ohne Hyperplasie des Zellgewebes; starke Entwickelung des Fettpolsters, die Augenmuskeln fast gelb durch fettige Degeneration, fanden von Recklinghausen und Traube.†††) In Trousseau's von Peter†*) beschriebenem Fall war fast die ganze Orbitalhohle durch die Wucherung des Fettgewebes ausgefüllt; auch in dem kürzlich von Fournier†**) und Ollivier beschriebenen Falle wird eine beträchtliche Fettmenge in der Orbita angegeben. So möchten wir denn glauben, dass in dem Basedow'schen Exophthalmus alle drei Factoren, die glatten Muskeln, die venöse Hyperämie und die Zunahme des Fettgewebes in der Orbita mehr oder weniger zusammenwirken.

Nach Betrachtung der Ursachen des Exophthalmus haben wir noch eines besonderen Phänomens zu gedenken, welches auf eine Betheiligung des Sympathicus hinweist, nämlich der geringen Mitbewegung des Augenlids bei gehobener oder gesenkter Blickebene v. Gräfe†***) hat auf dieses Symptom zuerst aufmerksam gemacht. Im gesunden Zustande macht bekanntlich das obere Augenlid bei jeder Senkung oder Hebung des Augapfels eine Mitbewegung, in der Basedow'schen Krankheit aber nicht, oder nur sehr gering. Dies Phänomen ist nicht bedingt durch den Exophthalmus in dieser Krankheit, denn die Lidbewegung bleibt intact bei dem Exophthalmus aus anderer Ursache, z. B. Tumoren in der Orbita, andererseits ist sie bei dem geringsten

*) v. Gräfe, Archiv für Ophthalmologie, 1857, S. 292.

**) v. Basedow, Casper's Wochenschrift, 1848, S. 775.

***) Heusinger, Casper's Wochenschrift, 1851, Nr. 4, S. 52 und Brück, Deutsche Klinik, 1862, Nr. 21, S. 207.

†) Naumann, Deutsche Klinik, 1853, Nr. 24, S. 269.

††) Laqueur, De Morbo Basedowii nonnulla, adjecta singulari observatione. Diss. inaug. Berol. 1860, p. 12.

†††) v. Recklinghausen u. Traube, Deutsche Klinik, 1863, Nr. 29, S. 286.

†*) Peter, Gaz. hebdom., 1864, p. 181.

†**) Fournier und Ollivier, Union méd., 1868, p. 95.

†***) v. Graefe, Deutsche Klinik, 1864, S. 158. Sitzung d. med. Gesellschaft zu Berlin vom 9. März 1864 und Berliner klinische Wochenschrift, 1867, Nr. 31.

Grade von Exophthalmus in der Basedow'schen Krankheit aufgehoben. Die Unabhängigkeit dieses Phänomens vom Exophthalmus geht auch daraus hervor, dass es im Verlaufe der Basedow'schen Krankheit verschwinden kann und zwar sowohl spontan, als nach narcotischen Injectionen, ohne dass der Exophthalmus sich bessert. v. Gräfe hält daher dieses Phänomen für pathognomonisch und gerade für die Erkenntniss der geringeren Grade der Basedow-schen Krankheit, für die Fälle, wo die Augen kaum über die physiologischen Grenzen hervorgetrieben sind, und wo auch die Struma fehlt, äusserst wichtig. v. Gräfe beobachtete einen Kranken, wo nur dieser mangelnde Consensus zwischen Lidbewegung und gehobener und gesenkter Blickebene und Herzpalpitationen vorhanden waren und der sich dadurch als an Basedow'scher Krankheit leidend documentirte. Die Ursache dieser mangelnden Lidbewegung ist nach v. Gräfe in einer gestörten Innervation (krampfhaften Contraction) der v. H. Müller im Augenlide entdeckten glatten Muskelfasern zu suchen, welche vom Sympathicus ihre Nerven erhalten, „da diese Theile wahrscheinlich die Mitbewegung des Lides mit der Visirebene reguliren."

Ein anderes Phänomen in der Basedow'schen Krankheit, welches für die Theorie der Sympathicusaffection in Betracht kommt, sind die glücklicherweise selten, vorzugsweise bei Männern,*) aber auch bei Frauen**) vorkommenden Entzündungs- und Verschwärungs-Erscheinungen am Auge.

Im Wesentlichen ist nach v. Gräfe's Auffassung an diesen Entzündungs-Erscheinungen die eben besprochene Insufficienz des Augenlides Schuld. Durch die mangelhafte Mitbewegung (Senkung) des oberen Augenlides bei gesenkter Blickebene, also z. B. beim Lesen, bleibe ein Theil der Cornea unbedeckt, es entstehe dadurch eine Trockenheit im Conjunctivalsack, Ausdehnung der Conjunctivalvenen, Entzündung selbst Verborkungsprocesse. Indessen die durch die gestörte Lidbewegung bedingte mangelhafte Befeuchtung des Bulbus kann allein wenigstens nicht die Ursache dieser Entzündungs-Erscheinungen sein, da die gleichen ungünstigen Verhältnisse beim paralytischen Lagophthalmus z. B. nach Facialislähmung das Auge gewöhnlich intact lassen. v. Gräfe hält daher die Basedow'sche Ophthalmie im Wesentlichen für eine neuroparalytische, durch Störungen in der Innervation der trophischen Fasern des Trigeminus bedingt. Diese Auffassung wird noch wahrscheinlicher gemacht durch die Beobachtung, dass in höheren Graden des Basedow'schen Leidens die Sensibilität der Hornhaut herabgesetzt ist. Es schliesst sich diese Basedow'sche Ophthalmie an die jüngst mitgetheilten merkwürdigen Experimente von Meissner***) und Schiff†) an, wo nach nicht vollkommen gelungener Trigeminus-Durchschneidung in der Schädelhöhle, nämlich bei erhalte-

*) v. Basedow, Casper's Wochenschrift, 1840, S. 222 Praël, a. a. O. S. 201. Naumann, a. a. O. S. 286. v. Gräfe, Archiv für Ophth., 1857, S. 285 und Berl. klin. Wochenschrift, 1867, Nr. 31.

**) Lawrence, Gaz. des hôpitaux 1858, p. 198. Tatum, Exophthalmic goitre-sloughing of the cornea from exposure. Med. Times and Gaz. 1864, 23. Jan. p. 89. (Vergl. auch Arch. génér. 1864, Mai, p. 616). Teissier, ref. in Canst. Jahresbericht 1864, 4. Bd. S. 173.

***) Meissner, Zeitschrift für rationelle Medicin, 29. Bd. S. 96 ff.

†) Schiff, Zeitschrift für rationelle Medicin, 29. Bd. S. 217 ff.

ner Sensibilität des Auges, ganz die gleichen Entzündungs-Erscheinungen am Auge auftraten, wie wir sie sonst nur bei vollkommener Durchschneidung, also bei Verlust der Sensibilität des Auges kennen. Da nun in die Bahn des Trigeminus Nervenfasern vom Sympathicus gelangen, so lässt sich die Möglichkeit wenigstens nicht von der Hand weisen, dass die Basedow'sche Ophthalmie ein Product der Innervationsstörung dieser Fasern ist. Ob dies vasomotorische Fasern sind, die Ophthalmie also durch Lähmung derselben bedingt ist, oder wirklich trophische, wie Meissner glaubt, ist, wie die ganze Lehre von den trophischen Nerven, ein der Lösung noch sehr fernstehender Streitpunkt der Physiologie. — Für eine Betheiligung des Sympathicus an den Erscheinungen am Auge spricht noch ein anderes Phänomen, das so vielfach und auch in unserm Falle beobachtete Thränen der Augen. Es ist dasselbe aufzufassen als eine veränderte Innervation der vom Sympathicus in den ersten Ast des Trigeminus sich begebenden (vasomotorischen) Fasern. Vielleicht ist diesem Thränen, wodurch die Conjunctiva stets feucht erhalten wird, das seltene Vorkommen der Hornhautentzündungen zuzuschreiben.

In der Vergleichung der Erscheinungen des Basedow'schen Exophthalmus mit dem experimentell durch Reizung des Halssympathicus erzeugten, haben wir noch der Pupille zu gedenken. Bei jedem experimentell hervorgerufenen Exophthalmus tritt Pupillendilatation ein, sowohl bei dem durch Reizung des Halssympathicus als auf andere Weise erzeugten Exophthalmus.

Ein sehr gewöhnliches Beispiel hierfür bietet der Erstickungs- oder der ihm physiologisch gleichende Tod durch Herzlähmung bei Thieren, wo mit dem Hervortreten des Bulbus die Pupille sich erweitert.*) Bei dem Basedow'schen Exophthalmus hingegen fehlt die Pupillenerweiterung; das ist wenigstens die Regel; es ist zwar Pupillendilatation von einigen Beobachtern angegeben,**) in einigen Fällen sogar noch besonders hervorgehoben, indessen bei der Seltenheit dieser Beobachtungen dürfte von vornherein schon die Wahrscheinlichkeit einer physiologisch-pathologischen Beziehung des Phänomens zum Exophthalmus eine geringe sein. Herr v. Gräfe, der fast 200 Fälle von Basedow-scher Krankheit gesehen hat, hat Pupilladilation nicht constatiren können, wie er dies uns mündlich mitgetheilt hat und glaubt, dass die Kranken, bei denen die Pupille erweitert gefunden wurde, myopisch gewesen seien.

---

*) Kürzlich ist darauf aufmerksam gemacht worden, dass beim Erstickungstode der Thiere die Pupillen sich dreimal verändern, zuerst sich verengern, dann erweitern und wieder verengern. Der Exophthalmus fehlt zuweilen. (Gwosdew, du Bois Reymond's und Reichert's Archiv, 1867, p. 636.)

**) Romberg und Henoch, a. a. O. p. 182. Reith, Med. Tim. and Gaz. 1865, p. 521. Geigel, a. a. O. p. 83. Friedreich, a. a. O. p. 312. Trousseau, a. a. O. p. 536 (Beobachtung von Cazalis). Fournier et Ollivier, a. a. O. p. 93. In Gildemeester's Fall, a. a. O. p. 416 und 420, waren die Pupillen Anfangs sehr erweitert, später verengert. Pupillendilatation bei Exophthalmus, (es sind aber keine reinen Fälle von Basedow'scher Krankheit), erwähnt Demarquay a. a. O. in den Beobachtungen von Roché p. 171, Datin p. 185 und 186. In einem Fall von Mackenzie, ibidem p. 205, waren die Pupillen zwar sehr weit, aber wahrscheinlich schon vor Beginn der Basedow'schen Krankheit dilatirt.

Warum die Pupillendilatation bei dem Basedow'schen Exophthalmus fehle, ist physiologisch nicht zu erklären. Der Mangel derselben ist um so auffallender, als Veränderungen an der Pupille bei Verletzungen oder Druck auf den Sympathicus meist beobachtet sind, wie wir solche Fälle in den Mittheilungen über traumatische Störungen im Gebiete des n. sympathicus cervicalis angeführt haben.

Die dritte Cardinal-Erscheinung bei der Basedow'schen Krankheit, deren mögliche Abhängigkeit von einer Sympathicusaffection wir zu erklären haben ist die verstärkte Thätigkeit des Herzens.

Eine frequentere Herzthätigkeit kann die Folge sein von einem Lähmungszustande im regulatorischen Herznervensystem, dem Vagus, und dadurch einer überwiegenden Thätigkeit in den excimotorischen Herznerven, oder von einem Reizzustande in den excitirenden Herznervenapparaten oder endlich von einem Reizzustande im vasomotorischen Herznervensystem. Da nun der Halssympathicus, wie wir durch die neueren Untersuchungen wissen, sowohl Leitungsnerv zahlreicher vasomotorischer Fasern als auch Leitungsnerv der mit grösster Wahrscheinlichkeit aus dem Cerebrospinalnervensystem stammenden excimotorischen Herzfasern ist, deren Reizung bekanntlich Blutdruck und Pulsfrequenz steigert, so ist auch die Möglichkeit gegeben, die verstärkte Herzthätigkeit bei der Basedow'schen Krankheit mit einem Leiden des Halssympathicus in Beziehung zu bringen.

Nach dem Bisherigen sehen wir, dass im Allgemeinen die Cardinalsymptome der Basedow'schen Krankheit sich physiologisch den Experimentalergebnissen am Sympathicus congruiren lassen. Die Aehnlichkeit des Basedow'schen Symptomenkomplexes mit dem physiologischen Experiment ist aber nur dann vorhanden, wenn wir die Erscheinungen nach Durchschneidung und Reizung des Halssympathicus summiren, also annehmen, dass es sich bei der Basedow'schen Krankheit sowohl um Reizungs- als um Lähmungszustände im Gebiete des Halssympathicus handele. Eine solche Annahme hält aber Geigel für pathologisch nicht haltbar. Am Halse, sagt Geigel, könne der Sitz der Basedow'schen Krankheit nicht gesucht werden, weil eine Ursache, auf den Halssympathicus angebracht, immer nur eine Reihe der Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit, in der anderen aber das Gegentheil hervorbringt. Es sei daher der Sitz dieser Störungen mehr im Centrum der zu dem Halssympathicus gehenden Fasern zu suchen, also da, wo nach Bernard's Experimenten durch isolirte Reizung gewisser Stellen sowohl die oculopupillären, als die vasculär-thermischen Effekte isolirt erzeugt werden können, es sei dies im weitesten Sinne die Gegend vom Pons und der Medulla bis zu den obersten Brustwirbeln.

Gegen diese Auffassung eines centralen Sitzes der Krankheit, hat der Eine*) von uns schon an einer anderen Stelle eingewendet, dass im Halssympathicus ebensogut ein Reizungs- und Lähmungszustand gleichzeitig bestehen könne, als in den ciliospinalen und vasomotorischen Centren im Halsmark, dass also einzelne Faserzüge des Halssympathicus durch Läsion in vermehrte Reizung, andere in einen mehr lähmungsartigen Zustand versetzt werden. Die Erkrankungen peripherischer Nerven geben uns Analogieen für die Möglichkeit, dass in demselben Nerven verschiedene Zustände bestehen

*) Eulenburg und Landois Wiener med. Wochenschrift. 1867. No. 91.

können. Bei der Neuritis z. B. können Reizungszustände in den motorischen Fasern und herabgesetzte Empfindung in den sensiblen Fasern vorhanden sein und umgekehrt. Ja in denselben Fasern finden wir die entgegengesetzten Zustände, in den sensiblen z. B. herabgesetzte und gesteigerte Empfindung (Anaesthesia dolorosa) in den motorischen — herabgesetzte und gesteigerte Bewegung (Parese oder Paralyse mit Spasmus und Contracturen). Endlich möchte gegen die Auffassung von Geigel zu erinnern sein, dass die bisherigen Sektionsbefunde doch nicht für einen centralen Krankheitssitz sprechen.

Eine von der bisherigen Darlegung abweichende Auffassung über das Zustandekommen der Basedow'schen Symptomentrias hat Friedreich*). Zunächst theilt dieser Autor nicht die Ansicht Geigel's, dass die vasculärthermischen und die oculopupillären Symptome einen centralen Ausgangspunkt haben; sowohl die vasomotorischen Nerven, welche die Erscheinungen am Gefässapparate, als die oculopupillären Nerven, welche den Exophthalmus bedingen, haben ihr Centrum in einander sehr nahe gelegenen Stellen des Halsmarks und es lasse sich nicht annehmen, dass ein und dieselbe Schädlichkeit reizend auf das oculopupilläre Centrum und lähmend auf das Gefässcentrum wirken solle, wie ja zur Erklärung der Erscheinungen angenommen wurde. Friedreich glaubt vielmehr, dass „die nächste Folge der krankmachenden Ursache eine Lähmung der vasomotorischen Centren sei" und dass der Exophthalmus, also die oculopupillären Reizungssymptome, erst eine Folge dieser vasomotorischen Paralyse, nämlich einer durch dieselbe gesetzten Congestion gegen das centrale Nervensystem sei. Die verstärkte Herzaction entsteht nach der Auffassung von Friedreich durch eine Lähmung der aus dem Halssympathicus stammenden vasomotorischen Herznerven, also durch eine Erweiterung der Kranzarterien, wodurch ein gesteigerter Blutzufluss zum Herzmuskel und eine stärkere Erregung der Herzganglien bedingt werde. Zur Erklärung der Struma und der gesteigerten Pulsation der Carotiden wird eine Lähmung der zu den Hals- und Kopfgefässen gehenden motorischen Sympathicusfasern in Anspruch genommen. Der Exophthalmus endlich könne aufgefasst werden als die Wirkung des gesteigerten arteriellen Blutzuflusses zum centralen Nervensystem, analog den Kussmaul'schen**) Experimentalergebnissen, nach welchen durch Vermehrung der arteriellen Blutzufuhr zum Kopf die Lidspalte sich erweitert und der Bulbus hervortritt.

Diese Auffassung, betreffs deren weiterer Ausführung wir auf das Original verweisen, hat ohne Zweifel viel für sich; sie erklärt die gewöhnliche Reihenfolge der Symptomentrias, wie sie in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle beobachtet wird, sie erklärt manche andere Erscheinungen, z. B. die durch die vasomotorische Paralyse bedingten Fluxionen nach verschiedenen Organen, das Hitzegefühl, die nervösen Symptome u. s. w. Indessen kann man dieser Auffassung doch Manches entgegenhalten. Wenn Herzpalpitationen eine gesteigerte Blutzufuhr zum Centralnervensystem erzeugen, so müsste bei allen Herzpalpitationen, sowohl bei den ohne als mit Herzfehlern einhergehenden, Exophthalmus die Folge sein, es müssten auch nervöse Symptome beobachtet werden. Auch müsste bei dieser Theorie der Grad des Exophthalmus und der anderen Phä-

*) Friedreich, Lehrbuch der Herzkrankheiten. Erlangen 1867. S. 317 ff.
**) Kussmaul, Verh. d. phys med. Gesellsch. in Würzburg. 1856. 6. Bd. S. 1—42.

nomen in Proportion zu der Stärke der Herzthätigkeit stehe, was im klinischen Verlaufe der Krankheit doch wenigstens nicht die Regel ist. Mitunter sind die Herzpalpitationen sehr gering oder fehlen trotz hochgradigem Exophthalmus gänzlich oder sie erscheinen erst später. Auf eine andere Schwierigkeit, dass nämlich die häufig zu Stande kommende Volumenszunahme des Herzens durch diese Theorie sich nicht erklären lasse, hat Friedreich selbst aufmerksam gemacht.*)

Die bisher dargelegten Aehnlichkeiten der Basedow'schen Krankheit mit den experimentellen Ergebnissen am Sympathicus gewinnen dadurch für die Erkenntniss der Natur der Krankheit an Bedeutung, dass die Sektionsbefunde zum Theil Veränderungen am Halssympathicus ergeben haben. Bei der Neuheit der Anschauung über das Wesen der Krankheit, die ja erst durch die Discussion in der Pariser Akademie vor wenigen Jahren eine weitere Verbreitung gewann und bei der verhältnissmässig selten zur Obduction kommenden Krankheit sind diese Befunde noch sehr vereinzelt. Die uns zur Kenntniss gekommenen Fälle sind folgende:

1) Ein Fall aus Trousseau's**) Klinik von Peter beschrieben.

Eine Frau bekam vor 7 Jahren in Folge tiefen Kummers um den Verlust ihres Vaters in einer Nacht Glotzaugen, Struma und Herzpalpitationen zugleich mit einem sehr reichlichen, die ganze Nacht dauernden Nasenbluten. 5 Monate nach ihrer Aufnahme auf Trousseau's Abtheilung starb sie nach einem apoplectischen Anfall im Coma. Aus dem 7jährigen Krankheitsverlaufe ist nur zu erwähnen, dass die Struma (nach einer Intermittens) plötzlich verschwand, während Herzpalpitationen und Exophthalmus in gleicher Intensität fortbestanden.

Aus dem detaillirten Sektionsbefunde sei wörtlich das hervorgehoben, was den Sympathicus betrifft.

---

*) Die Natur der Basedow'schen Krankheit kam auch auf der vorjährigen Naturforscherversammlung in Frankfurt a. M. zur Sprache. In einem Vortrage über Schilddrüsenkrankheiten (vgl. Deutsche Klinik. 1867. No. 44. S. 414) theilte Rühle mit, dass neben der gewöhnlichen Symptomentrias der Basedow'schen Krankheit zuweilen Formen vorkommen, wo nur zwei dieser Symptome combinirt sind, nämlich Affection der Schilddrüse und des Herzens, seltener erstere mit Cerebralerscheinungen. In drei von Rühle mitgetheilten Fällen wurden die zur Schilddrüsenaffection theils mehr acut, theils mehr chronisch paroxysmenweise hinzugetretenen Erregungszustände durch eine auf die Schilddrüse gerichtete Therapie beseitigt.

Im Anschluss an diese Mittheilungen hob Virchow hervor, dass das genetische Verhältniss der Basedow'schen Symptomentrias ein zwiefaches sei; eine primäre Neurose könne die Hyperaemie des Orbitalpolsters und der Schilddrüse, sowie die Gefässausdehnungen in derselben und die Hyperplasie hervorrufen, andererseits aber können die Veränderungen in der Schilddrüse das Primäre sein und die Neurose sich erst als Folgezustand herausbilden.

**) Trousseau (Peter) Notes pour servir à l'histoire du goître exophthalmique. Gaz. hebdomadaire. 1864. No. 12. p. 180, auch bei Trousseau, Clinique méd. T. II. p. 560 ff.

„Les ganglions cervicaux du grand sympathique sont disséqués soigneusement et examinés des deux côtés par le docteur Lancereaux et moi; les supérieurs et les moyens sont normaux d'aspect et de grosseur. Il n'en est pas de même du ganglion cervical inférieur, surtout du côté droit. Non-seulement il est notablement plus gros qu'il n'est habituellement, mais encore il est beaucoup plus rouge; des vaisseaux nombreux rampent à la surface et dans son intérieur (grossissement de 50 diamètres). Au microscope, on trouve de nombreux vaisseaux dans l'intérieur du parenchyme, un abondant feutrage de tissu conjonctif, au milieu duquel se voient des noyaux et des cellules fusiformes. Il y a de nombreux globules de graisse; les cellules ganglionnaires sont très-rares, petites, mûriformes; quelques unes sont réduites à de simples granulations; les tubes nerveux sont peu nombreux. Ces détails se voient bien à une coupe transversale (grossissement de 300 diamètres), où l'on découvre un entrecroisement très-serré de fibres de tissu conjonctif, interceptant des espaces assez étroits dans lesquels se montrent des tubes nerveux petits, serrés et comme étranglés par le tissu conjonctiv ambiant. Le plexus cardiaque ne présentait aucune altération apparente.

Das Wesentliche dieses Sektionsbefundes ist also ein Ueberwiegen des Bindegewebes und eine Verringerung des Nervengewebes im Halssympathicus.

Ein zweiter merkwürdiger Fall ist von Archibald Reith *) beschrieben.

Ein 24jähriger Mann, der schon seit langer Zeit an Basedow'scher Krankheit gelitten hatte, starb 2 Tage nach seiner Aufnahme auf Reith's Abtheilung.

Die von Dr. Beveridge 22 Stunden nach dem Tode vorgenommene Autopsie ergab im Wesentlichen, was den Halssympathicus betrifft, eine Vergrösserung der mittleren und unteren Cervicalganglien; sie waren hart und fest und zeigten unter dem Mikroscope eine Infiltration mit graulicher Masse, wie eine Lymphdrüse im ersten Stadium der Tuberculose. Auch der Sympathicusstrang, sowie die zur Arteria thyreoidea inferior und vertebralis von ihm abgehenden Aeste waren vergrössert und tuberculös verändert. Das Detail dieses Befundes wird im Original folgendermassen angegeben:

„Sympathetic nerves of both sides, but especially of the left, large; the middle and lower cervical ganglia of the left side much enlarged, very firm, and hard. Middle cervical ganglion thick in length, varying in width from $^1/_8$ inches to $^1/_4$ inches; lower cervical $^7/_8$ inches long, nearly uniformly $^1/_4$ inches wide; the connecting cords correspondingly enlarged. Of the branches those proceeding from the middle cervical to the inferior thyroid artery, and those from the lower cervical to the vertebral artery, were much more enlarged than te remainder, which varied little from the normal size. Under the microscope the ganglia seemed loaded with granular matter, obscuring to a great extent the appearance of nerve tubes and cells, and resembling more than anything else the aspect of a lymphatic gland in the early stage of tubercular desposit. Dorsal, lumbar, and semilunar ganglia of nearly the natu-

*) Reith Exophthalmos — Enlargement of Thyroid Gland — Affection of Cervical Sympathetic. Medical Times and Gaz. 1865. 11. Novbr. p. 521.

ral size. On the right side the middle and lower cervical ganglia, especially the latter, were enlarged, firm, and hard, presenting appearances similar to those of the left side, but not to such an extent. The cellular tissue surrounding the ganglia of both sides was thickened ad hardened."

Ein dritter Fall ist von Cruise und M'Donnell obducirt worden und in der Abhandlung von Moore*) citirt. Es fand sich das untere Cervicalganglion fast obliterirt und durch Zell- und Fettgewebe ersetzt (the inferior cervical sympathetic ganglia were almost obliterated, being supplanted by cellular and adipose tissue p. 348.)

4. In dem von Traube**) während des Lebens beobachteten und von Recklinghausen secirten Falle (bei einem Mädchen) fand sich (neben starker Entwickelung des Fettpolsters in der Orbita, fettiger Degeneration der Augenmuskeln) auffallende Dünne des Sympathicus und seiner Ganglien. „Ausserdem waren aber im Sympathicus ebensowenig wie im Vagus Veränderungen zu finden."

5. Prof. Biermer in Zürich fand in einem Falle (bei einem Manne) hochgradige Atrophie besonders des rechten Halssympathicus. Wir erfuhren dies durch briefliche Mittheilung. Sectionsprotokoll und Krankengeschichte sind leider nicht mehr vorhanden.

5. Virchow***) erwähnt eines von ihm behandelten und secirten Mannes, der lange Zeit an heftigem Herzklopfen mit grosser Dyspnoe gelitten hatte. „Seine Augen hatten, ohne gerade exophthalmisch zu sein, einen ungewöhnlichen Glanz und machten den Eindruck der Grösse." Unter hydropischen Erscheinungen starb er.

Bei der Section fand sich (neben Herzhypertrophie mit sehr ausgedehnter Myocarditis und Schilddrüsenvergrösserung) eine sehr beträchtliche Vergrösserung und interstitielle Verdickung des Halssympathicus, namentlich der obersten und untersten Ganglien.

6. Der Fall von Geigel†) 48jähriger Mann).

Bei der Section fanden sich „die beiden Halssympathici von einer auffallend dicken, fettreichen Bindegewebsscheide umschlossen, aber das Microscop wies weder an den eigentlichen Nerven, noch an den Ganglien ausser intensiv brauner Pigmentirung der letzteren eine Veränderung nach, noch war eine Vermehrung des interstitiellen Bindegewebes zu konstatiren. Die Halstheile beider Vagi (sowohl frisch als nach Conservirung in Müller'schem Liquor untersucht) erwiesen sich normal. Von sonstigen für die Deutung des Falles bemerkenswerthen Veränderungen sind angegeben: Verwachsung des Centralkanals des Rückenmarks und eine beträchtliche Füllung der feineren und feinsten Gefässe des Rückenmarks; in der nächsten Umgebung des Centralkanals war die Substanz des Markes ziemlich derb und eine leichte Wuche-

*) William Moore, Some remarks on the Nature and Treatment of Pulsating Thyroid Gland with Exophthalmos. Dublin Quarterly Journal of med. Science Nov. 1865, p. 344—352.

**) Traube und v. Recklinghausen, Deutsche Klinik 1863, No. 29, S. 286.

***) Virchow, Die krankhaften Geschwülste, 3. Bd. S. 81.

†) Geigel a. a. O.

rung der Neuroglia vorhanden; ausserdem eine Geschwulst an der Synchondrosis sphenooccipitalis."

In Bezug auf die Deutung dieses Sectionsbefundes für die merkwürdigen Erscheinungen während des Lebens verweisen wir auf das Original.

Diesen positiven Ergebnissen stehen nun Fälle gegenüber, in welchen gar keine Veränderung am Sympathicus nachgewiesen wurde.

In dem zur Section gekommenen Falle von Paul*) zeigte der Brust und Halstheil beider Sympathicusstränge nichts Abnormes, ebenso nicht die beiden unteren Halsganglien. „Die mikroskopische Untersuchung von Längs- und Querschnitten des unteren rechten Ganglion, sowohl frisch, als nach voraufgegangener Carmination liess die Nervenfasern und Ganglienzellen vollkommen von normalen Dimensionen erscheinen, mit deutlichen Kernen und Kernkörperchen, zum Theil farblos, zum Theil pigmentirt."

Auch in einem durch seinen Verlauf bemerkenswerthen Fall, den Fournier**) und Ollivier kürzlich beschrieben haben und der von Ranvier auf das Genaueste secirt worden ist, fanden sich gar keine Veränderungen am Sympathicus. Der Fall war noch dadurch merkwürdig, dass er unter brandigem Absterben der Glieder tödtlich endete, und für diese plötzlich aufgehobene Ernährung der Theile gar kein materieller Grund vorlag. Bei der Wichtigkeit dieses, wenn auch negativen Sectionsbefundes, theilen wir aus dem Originale die den Sympathicus betreffenden Stellen mit.

Grande sympathique: Aucune lesion appréciable, à l'oeil nu ni dans les cordons, ni dans les ganglions.

Les cordons nerveux de ce nerf furent examinés par le docteur Ranvier (non seulement ceux du cou, mais encore ceux du thorax et de l'abdomen. Ils étaient constitués comme à l'état normal, par des tubes sans moelle, parsemés de noyaux à direction longitudinale, et par quelques tubes contenant de la myéline.

Le tissu connectif, qui reliait ces différents tubes n'est pas épaissi.

L'examen porta également sur les ganglions cervicaux, thoraciques et semilunaires. Les cellules ganglionnaires renfermaient chacune un seul noyau, autour duquel existait, comme à l'état normal, un amas plus ou moins considérable de granulations brunes. Le tissu conjonctif et les tubes nerveux sans moelle (fibres de Remak) qui occupent les espaces laissés entre les cellules, ne paraissent avoir subi aucune modification pathologique. (Les préparations, sur les quelles on constata l'integrité des éléments du grand sympathique furent obtenues à l'aide de coupes colorées d'abord par une solution neutre de carmin, puis traitées pendant quelques heures par l'acide acétique de centième, et enfin dilacerées avec de minutieuses précautions.)

Diese negativen Resultate der anatomischen Untersuchung müssen natürlich sehr zur Vorsicht mahnen, das Basedow'sche Krankheitsbild so ohne

*) Paul, Zur Basedow'schen Krankheit, Berliner Klinische Wochenschrift 1865, No. 27.

**) Fournier et Ollivier, Note sur un cas de goître exophthalmique terminé par des gangrènes multiples. Union méd. 1868, No. 8 und 9, p. 90 und 114.

Weiteres als das Produkt einer Sympathicuserkrankung aufzufassen; indessen erschüttern sie eine solche Annahme deshalb nicht, weil wir uns sehr wohl denken können, dass auch funktionelle Störungen im Sympathicus die gleichen Symptome hervorzurufen im Stande sind. Wir kennen ja eine Reihe von Erkrankungen, für die wir den Ausgangspunkt im Nervensystem suchen müssen, ohne dass bisher anatomische Veränderungen in demselben nachgewiesen sind. —

Wir haben in dieser Darstellung nur die Cardinalsymptome der Krankheit mit den experimentellen Ergebnissen am Sympathicus zu vergleichen gesucht. Ein weiterer Versuch, die übrigen Erscheinungen der Basedow'schen Krankheit mit einem Sympathicusleiden in Zusammenhang zu bringen, würde zu den bedenklichsten Conjecturen führen, weil einerseits manche Symptome schon aus der verstärkten und frequenten Herzthätigkeit sich erklären lassen, und weil wir andererseits noch zu wenig allseitig feststehende experimentelle Ergebnisse an den Brust- und Bauchgeflechten des Sympathicus haben, als dass wir aus Störungen in diesen Theilen des Sympathicus jene pathologischen Phaenomene herleiten könnten. —

Was die Therapie der Basedow'schen Krankheit betrifft, so lässt sich nach einigen vorliegenden Beobachtungen von einer direkten Inangriffnahme des Halssympathicus durch Galvanisation mittels des konstanten Stromes noch mancher Erfolg erwarten. v. Dusch*) sah nach der Anwendung von 10 bis 20 Elementen die Herzthätigkeit sich beträchtlich vermindern; die Pulsfrequenz sank innerhalb 8 Tagen von 130 auf 70 bis 64 Schläge, zugleich verringerte sich auch der Exophthalmus. Der Fall wurde zwar nicht geheilt, aber gebessert. — Wir selbst beobachteten kürzlich bei einer an Basedow'scher Kankheit leidenden Dame, die eine habituelle Pulsfrequenz von 108—130 bei abnorm starker Spannung der Carotiden hatte, unter Galvanisation des Halssympathicus mit einem sehr schwachen aufsteigenden Strome von nur 6—8 Elementen ein allmähliches Sinken der Pulsfrequenz von 124—84 selbst 70, unter gleichzeitiger beständiger Abnahme der Spannung in den Carotiden und Radialarterien. Näheres werden wir noch am Schlusse dieser Abhandlung bei Besprechung der speciellen Therapie des Sympathicus erwähnen.

*) v. Dusch, Lehrbuch der Herzkrankheiten S. 362.

(Fortsetzung folgt im nächsten Heft.)

XXV.

Neuere italienische Literatur über Psychiatrie.

Auch in dem schönen Italien herrscht ein reges Leben auf dem Gebiete der Psychiatrie und wir bedauern nur, dass von den dortigen Publicationen so wenig in den deutschen Buchhandel kommt. Ausser der italienischen psychiatrischen Zeitschrift (Archivio italiano per le malatie nervose e alienazoni mentali, dai DDr. A. Verga, C. Castiglioni, S. Biffi. Milano, 6 Jahreshefte), die wir regelmässig auf diesem Wege beziehen können, sind wir fast ganz auf die Freundlichkeit der dortigen Herren Collegen angewiesen, die uns denn auch mit zahlreichen und werthvollen Zusendungen beehrt haben. Wir glauben unser Interesse an denselben nicht besser ausdrücken zu können als durch einen kurzen Bericht über eine Anzahl neuer Publicationen die zu unserer Kenntniss gekommen sind, der also freilich der Sachlage nach nur sehr unvollständig sein kann. Mögen unsere verehrten Collegen jenseits der Alpen unseres Dankes für die freundliche Begrüssung, die sie noch auf dem Umschlag des 5. Heftes (November) des Archivio unserer neuen Zeitschrift zu Theil werden liessen, in der sie uns nur viel zu günstig beurtheilt haben, versichert sein. — Mit Freuden sahen wir aus Fasc. 4 des Archivio p. 264, dass auch in Italien zu dem bestehenden hie noch ein neues psychiatrisches Journal gegründet und von jenem nicht mit scheltendem Handwerksneid, sondern mit dem collegialen Ausdrucke der Befriedigung empfangen wurde, dass eine neue Mitarbeit für die Wissenschaft gewonnen sei.

Den folgenden Bericht verdanken wir fast ganz der grossen Gefälligkeit unseres geehrten Collegen, Herrn Dr. Fränkel, Arzt an der herzogl. Irrenanstalt zu Dessau, der sich der Mühe dieser Ausarbeitung unterzogen hat. Wir hoffen, in späteren Heften diese Berichte noch vollständiger als heute fortsetzen zu können und mit unsern italienischen Collegen in lebhafter wissenschaftlicher Verbindung zu bleiben. Der Herausgeber.

A. Verga, C. Castiglioni, S. Biffi, Archivio italiano per le malatie nervose e più particolarmente per le alienazoni mentali. Milano 1867. 6 Fasc.

G. L. Gianelli, sulle cause che escludono o diminuiscono la imputabilità etc. Milano 1867.

C. Livi, del manicomio di Siena. (2 Schriften). Milano 1865.

— d'uno strano teschio etc. Siena 1867.

C. Lombroso, la medicina legale delle alienazioni mentali etc. Padova 1865.
— Studi clinici sulle malatie mentali.
— Le pigmentazioni, l'erpetismo ed il vajolo nelle alienazioni mentali. Milano 1867.
— Vari casi di mania. Bologna 1867.
Ausserdem mehrere kleinere Schriften der hier genannten Herren Verfasser, sodann
Tavole Statistiche del hospedale di San Servolo 1847—1864 etc.

Der folgende Bericht zerfällt in die drei Abschnitte, über Irrenanstalten, über forensische Medicin der Geisteskrankheiten und über clinische und psychologische Mittheilungen.

A. Irren-Anstalten. Berichte und Statistik.

1. Venedig.

Die Provinz Venetien besitzt erst seit dem Jahre 1797 ein eigenes Central-Spital für Geisteskranke, auf der Insel S. Servolo, in geringer Entfernung von der Stadt, in der Nähe des Lido, — unter der Leitung der Padri di S. Giovanni di Dio. Bis dahin waren die Irren der Venetianischen Landschaft, Dalmatien und Tirol in Arbeits-, Kranken-Häusern und Gefängnissen zerstreut und misshandelt worden, gerade wie im übrigen Europa. Das stolze Venedig, auch in diesem Punkte originell, hatte gar eine besondere Art von Narrenhäusern, die sogenannte Fusta, d. h. abgetakelte Galeeren, die an verschiedenen Punkten fern von der Stadt vor Anker lagen, und die Kranken unter dem Verdeck eingesperrt erhielten. — Bis zum Jahre 1835 wurden Männer und Frauen in S. Servolo aufgenommen, von dort ab wurden nur die Männer dort behalten, und die Frauen nach dem grossen Civil-Hospitale neben der Kirche San Giovanni e Paolo übersiedelt, wo sie unter der Direction des Spitales selbst stehen. Die so getrennten und räumlich von einander entfernten Anstalten vereinigt, meines Wissens, nichts als der Name Morocomio Centrale per le Provincie Venete, und die gemeinsame Oberleitung von Seiten des Gouvernements und des bisherigen Protomedico Dr. Nervi. Die Abtheilung für geisteskranke Frauen liegt in dem Untergeschosse des Civico Spedale, grossentheils nach dem marmorgepflasterten, von prächtigen Säulengängen umgebenen Hofe zurückgedrängt und von der Strasse entfernt; jedoch sah und hörte ich selbst mit an, wie eine Tobsüchtige, deren vergittertes Zellenfester auf eine sehr belebte Brücke mündet, von Vorübergehenden zu entsetzlicher Wuth gereizt wurde. — Weit origineller ist nun die Lage S. Servolo's. Ringsum die weite Lagune mit ihrer Fluth, die bis an die Stufen des Einganges hinaufreicht, und der Ebbe, die den Schlamm aufdeckt, aus welchem die Insel erbaut ist und jährlich vergrössert wird. Dabei die prächtigsten Aussichten nach den nähern Inseln S. Lazzaro etc. und nach der ferneren geräuschlosen Stadt. Gründlicher kann der Abschluss von der Welt nicht erreicht, das Entweichen nicht verhütet werden. Die Insel bietet kein Versteck, keine Möglichkeit des Verkehrs nach aussen dar, denn sie ist ganz mit den Gebäuden

der Anstalt und deren Gärten bis an den Rand des Wassers bedeckt. — Diesen „Vorzügen" gegenüber steht der Mangel an Trinkwasser, das in Cisternen gesammelt oder in Kähnen zugeführt wird, und die verführerische Gelegenheit zum Selbstmorde im Wasser oder Schlamm.

In den mir vorliegenden Tavole Statistiche degli Alienati di S. Servolo, die in 3 Heften eine umfassende Schilderung des Aeussern, der Verwaltung der Anstalt und der Bewegung derselben innerhalb der Jahre 1847 bis 1864 incl. geben, ist unter den genau specialisirten Todesursachen der Selbstmord nicht aufgeführt. Die Masse der Kranken, welche Selbstmordversuche schon ausserhalb der Anstalt verübt haben, ist sehr gross (Heft 1. p. 26). Die Pellagrosen, die einen beträchtlichen Bestandtheil der Bewohner von S. Servolo ausmachen, haben fast sämmtlich in den Documenten, die sie mitbringen, dass sie Selbstmord- in spec. Ertränkungsversuche gemacht haben. Gleichwohl sind dem Padre Dr. Salerio, Director der Anstalt und Herausgeber des 3. Hefts der Tavole, unter 232 Pellagrakranken nur 6 vorgekommen, die derartige Versuche in der Anstalt machten, und zwar zeigte sich hier die auffällige Thatsache, dass „obgleich man mitten im Wasser liegt, und wenn man den Kranken auch alle mögliche Freiheit gestattet, sie sich weit eher zu stranguliren, Kopf oder Brust zu zerschmettern und zu verhungern suchen, als sich zu ertränken" (p. 24). — Den interessantesten Theil der Bevölkerung von S. Servolo bilden überhaupt die Pellagrosen. Unter den 337 Kranken, welche das Haus am Schlusse des Jahres 1856 beherbergte, befanden sich als Bestand 101 Pellagrose, mithin unter 10 Kranken etwa 3 Fälle von Pellagra. Im Decennio 1847 — 1856 waren 760 Pellagra-Kranke in der Anstalt verpflegt worden, davon 393 entlassen, 266 gestorben. Im Quinquennio 1857 — 1861 wurden verpflegt 411, entlassen 196, starben 133, verblieben 82. Im Triennio 1861—1864 verpflegt 232, entlassen 115, starben 37, verblieben 80. — In den 18 Jahren von 1847 — 1864 starben demnach in S. Servolo 436, wurden entlassen 704, und verblieben 80, in Summa 1220 Pellagra-Kranke. Unter diesen litt die Hälfte an Tobsucht, eine etwas geringere Zahl an Melancholie und ungefähr $1/5$ an Verrücktheit*). Die meisten Pellagrosen kommen auf die Provinz Treviso, in 18 Jahren 238 unter 1220, auf Padua 176, Udine und Verona mit je 180. — „Es sind die ackerbautreibenden Gegenden, welche von dieser Geissel heimgesucht werden, die indess nicht nur den Ackersmann, sondern auch Handwerker, Maurer, Fischer und Dienstboten ergreift, die sich denselben Ursachen aussetzen, oder die Kinder pellagroser Eltern sind" (cf. Heft II. p. 13). Eine Ursache selbst führt Salerio nicht an, aus seinen Bemerkungen über Rückfälle durch mangelnde Kost geht indess hervor, dass er den Grund in schlechter Ernährung sucht (p. 24). Wenn man sieht wie der arme Italiener seine Polenta mit einer sehr geringen Quantität Kochsalz anrührt, ungereinigtes Cisternenwasser trinkt und dabei Jahraus Jahrein hart arbeitet, so wird es sich gleich bleiben, ob sein Brei aus Mais- oder Kartoffelmehl besteht, — die Ernährung muss leiden. — Fleischkost, Milch, Phosphor und Eisen und die Gartenarbeiten in S. S. stellen viele der Kranken wieder

*) Die Esquirol'sche Nomenclatur ist durch alle Tabellen und Rubriken mit äusserster Strenge festgehalten: Manie, Monomanie, Melancholie, Demenza, Idiotismo — Tobsucht, Wahnsinn, Melancholie, Verrücktheit, Blödsinn. —

her. „Mehr als alle andern erholen sie sich bei der ländlichen Arbeit, man kann sagen, in wenigen Tagen.“ Bei 63 Individuen, deren Väter pellagros und irr gewesen, war die Krankheit erblich, 8 unter ihnen lebten nicht mehr auf dem Lande, sondern in Städten als Handwerker und Bediente und führten ein verhältnissmässig behaglicheres Leben. Die anatomischen Läsionen sollen (p. 26) Aehnlichkeit mit denen der Paralysis progressiva zeigen; „wir fanden sehr häufig quasi miliarförmige Granulationen mitten auf der oberen Fläche der vorderen Lappen, in spec. in der Gegend des Sinus longitudin.“, Atrophie und in 3 Fällen Exculceration der Dünndarmhäute, 3 Verrückte waren hydropisch, 2 hatten eine sehr umfangreiche und blasse Leber, 2 Lungentuberkulose. — Ausschliesslich der 63 Fälle werden noch 141 Fälle von Erblichkeit des Irreseins aus dem Trienninum 1862—1864 aufgeführt und zwar von väterlicher Seite in 42, von mütterlicher Seite in 53, von beiden Seiten in 12, von Seiten entfernter Verwandten in 34 Fällen, so dass also 1/5 aller Fälle (204 : 1036) hereditär war. In den Vorjahren 1857 — 1861 kamen auf 1314 Kranke nur 50 hereditäre, allerdings mit Ausnahme der Pellagrosen. Auffallender ist die Seltenheit, in der die Kopfverletzungen als Ursache von Geistesstörung angenommen werden; nämlich unter 3943 Krankheitsfällen nur 29. Für die Stadt Venedig ist das, sowie die Seltenheit des Vorkommens von Irrsinn durch Abusus Spirituosorum verständlich, da der Venetianer in seinem Elemente weniger Gelegenheit zu derartigen Verletzungen hat, seine Privatkämpfe mit der Zunge abmacht, und selbst bei den festlichsten Gelegenheiten selten berauscht gefunden wird.

Die Verwaltung von S. Servolo wird mit grösster Gewissenhaftigkeit und Ordnung von den Padri di S. Giovanni, welche dem g. Orden der Fatebene-Fratelli angehören, geführt, so dass nach dem Anfall Venedigs an das Königreich Italien, trotz der Aufhebung der Klöster und der Entfernung der Geistlichen aus den Schulen, womit schon am Schlusse des Jahres 1866 vorgegangen wurde, noch nicht davon die Rede war, jenen Orden von der Leitung des Irrenhauses zu entbinden. Uebrigens findet monatlich eine Visitation der Anstalt statt. In derselben besorgen 12 Geistliche, deren Prior der Director ist, den Dienst als Verwalter, Apotheker, Chirurgen, Aufseher über die Arbeiten etc ; daneben stehen ein weltlicher Arzt und ein desgl. Apotheker; den niederen Dienst als Wärter, Werkführer etc. besorgen (1857) 42 andere Individuen. Die Kosten betrugen, einschliesslich der Baukosten im Betrage von ca. 30,000 fl. in den 3 Jahren 1862 — 1864 = 237,398 fl. für 450,020 Verpflegungstage (Bocche), in den 5 Jahren 1857 — 1861 = 334,493 fl. für 646,996 Verpflegungstage. In Summa während 8 Jahre = 571,891 fl. für 1,097,016 Verpflegungstage, d. i. für einen Verpflegungstag 0,52 fl. = 10 Sgr. 4 Pf. Pr. Die Kosten für Beköstigung betrugen in derselben Zeit 288,803 fl., mithin für eine Boccha = 5 Sgr. 3 Pf., wobei über die Höhe der Lebensmittelpreise geklagt wird. — Die Kost besteht in 4 ℥ Weizenbrot zu jeder der 3 Mahlzeiten, Morgens Kaffee, Mittags 4 ℥ Reiss in Fleischbrühe gekocht nebst 3 ℥ gekochtem Fleisch und 4 ℥ Wein, Abends Salat, Eier und Käse, oder Fisch, oder Polenta mit Ragout wechselnd. Butter ist nicht erwähnt. Die Milch liefern die in einer entfernteren Abtheilung gehaltenen Kühe, woselbst auch ein Esel, der als „Reitpferd“ für die Promenaden der Kranken dient. — Die Arbeiten der Kranken bestehen vorzugsweise in Formung künstlicher Marmorquadern,

die zu den beständig in Erweiterung begriffenen Baulichkeiten verwendet werden, Schlosser- und Sattlerarbeiten, namentlich in der Zurichtung von sehr schönen Wollmatratzen, von denen man eine doppelte Garnitur besitzt; endlich in der Bearbeitung des Landes. Der Bericht legt grosses Gewicht auf die Feldarbeiten und erinnert an ein Miniaturbild einer Colonie à la Gheel. Die Anstalt, abgeschlossen wie keine andere, ist aber das entschiedenste Gegentheil von Gheel, und wird endlich, wenn die ungeheuren Anstrengungen der Verwaltung für die zudrängenden Kranken Raum nicht mehr schaffen können, wie ihre ummauerten Colleginnen auf dem Festlande ersticken. — Das System der Entlassung unschädlicher Ungeheilter ist ein unzulängliches Ventil, so lange die Communen und Angehörigen von Geisteskranken die letzteren mit Misstrauen und lieblos behandeln. Unter den 1036 Aufnahmen in den Jahren 1862—1864 befanden sich 91 ungeheilt wieder Eintretende und 51 wahre Recidive, d. h. wirklich Geheilte. S. Servolo, das mit dem Wasser nach beiden Richtungen zu kämpfen hat, wird dem Drange der Zeit nachgeben und wahrscheinlich in den Pellagragegenden die Collegin oder Rivalin finden, nach der es sich sehnt.

2. Mailand.

Die Idee der Decentralisation bei der Behandlung der Geisteskrankheiten, greift auch in Italien um sich. Im Archivio ital. IV. H. 3. p. 137, empfiehlt Biffi, der in Irsee die „glückliche Einrichtung gesehen hat, wonach Irre beiderlei Geschlechtes in Wärterfamilien untergebracht sind", die — freilich noch sehr weit von dieser Idee entfernten — Robertson'schen Pavilon-Asylums mit ihren durch den grossen Corridor mit dem Hauptbau verbundenen Quartieren, auch für Italien. Ebenda erfahren wir, dass in der Provinz Mailand das „graziöse" Irrenhaus zu Mombello in Vollendung und der Entwurf zu einer grossartigen und schönen Anstalt zu Desio — von Dr. Castiglioni, den Provinzialständen vorgelegt ist. Für die Stadt selbst wurde schon vom Jahre 1853 an das Bedürfniss einer neuen Irrenanstalt von Pr. Gianelli, Regierungsrath und Protomedico der Lombardei wiederholt besprochen (La Necessidà del Manicomio Milanes, Memorie lette etc., 3 Arbeiten, die im Istituto Lombardo di scienze etc. im Jahre 1853, 1855 und 1856 vom Verfasser gelesen wurden), in Folge der Klagen der DD. Castiglioni und Verga „über zunehmende Insalubrität" und „absolute Unzulänglichkeit" der Senavra. — Aus dem historischen Theil nur Einiges. Seit der Gründung 1789—1815, wo der von Joseph II. erbaute „Narrenthurm" in ein Kinderspital verwandelt wurde, hat die Irrenabtheilung der Senavra nichts als eine Leidensgeschichte durchlebt. Zu eng für die im Anfang übersiedelten 200 Kranken, natürlich noch enger für die späteren 500 trotz der Erweiterungen, ohne ausreichende Geldmittel, ohne Aerzte oder von Charlatanen ausgebeutet, (so ein gewisser Dufour, dem Director des Spitals Moscati gegenüber), von Commissionen begutachtet, die seine Verlegung auf eine bessere Localität vorschlugen (1815), erholte sich das Institut ein wenig unter der Leitung Buccinaris, der zu früh starb (1823). Die ärztliche Fürsorge war gut, — sie hatte schon 1815 den Gebrauch der Zwangsjacke, anstatt der Ketten, durchgesetzt; aber die alten Schäden der Geldklemme und des mangelnden

Raumes blieben. Der Vorschlag, eine Central-Anstalt für sämmtliche Irre der Lombardei, die man auf 300 Unheilbare und 600 Heilbare viel zu gering berechnete, zu errichten, ging nicht durch, in Folge militairischer Bedürfnisse (1831). Dagegen überliess man das Locale della Pace dem Hospiz der Senavra. Erst 1840 kam man auf den Gedanken, einem ärztlichen Dirigenten, allerdings mit beschränkten Vollmachten dem Verwaltungsdirigenten gegenüber, seinen Wohnsitz im Hause selbst anzuweisen. In Wien endlich wurde im Jahre 1855 die Dringlichkeit einer Verbesserung der Senavra durch Ministerial-Verfügung anerkannt und zugegeben, dass eine Commission die zur Errichtung einer neuen Anstalt nöthigen Studien anstelle (p. 21). Eine solche Studie ist das Folgende, wo Gianelli in exactester Weise und insbesondere mit unverkennbarer Vorliebe für deutsche Literatur und Anstalten, alle dahin bezüglichen Fragen behandelt. Als das beachtenswertheste Princip stellt er schleunige Aufnahmsfähigkeit auf, bei der zahlreichen armen und vom Pellagra heimgesuchten Bevölkerung der Lombardei. Bei der Streitfrage, ob Commune oder Staat die Erhaltungskosten für pellagrose Irre zu tragen habe, beruft er sich auf Lippich's Ausspruch, der für das letztere stimmt, und erklärt es für einen Irrthum der Optimisten, wenn man, nach den Angaben Brierre de Boismont's und Esquirol's das Verhältniss der Zahl der Irren zu der der Bewohner von ganz Italien wie 1:3500, oder in der Lombardei und Bergamo wie 1:4574 resp. 4170 annimmt. — Natürlich war die Streitfrage, ob das Pellagra zu den Psychosen zu zählen sei, von grossem Einflusse auf die Irrenstatistik und den Bau von Anstalten. Die Senavra nahm Pellagra-Leidende früher nur in sehr beschränktem Masse auf, weil es eine Cachexie, keine Psychose sei. Aus den Citaten ergiebt sich, dass die Frauenstation zu Venedig im Triennio 1844—1846 allein an Irren mit Pellagra zählte: 285 Individuen, von denen 122 starben, d. i. eine Mortalität von 42,81 %. Die meisten kamen aus dem Paduanischen (94), Treviso (59) und Udine (44); erblich von väterlicher Seite in 16 Fällen, von mütterlicher in 20 und von beiden Seiten in 3 Fällen. Im Spital zu Padua wurden in 15 Jahren (1841—1856) behandelt:

an Pellagra ohne Irrsinn:

aufgenomm,	gestorb.,	geheilt od. gebessert.
2346	749	1597
im jährlichen Durchschnitt		
156	50	106

an Pellagra mit Irrsinn:

aufgen.,	gestorb.,	geheilt od. gebessert,	n. Venedig entlassen.
1267	286	307	674
im jährlichen Durchschnitt			
84	19	20	45

Die Anstalten von Bergamo, später Astino, wurden hauptsächlich Aufbewahrungsanstalten für unheilbare Irre mit Pellagra. In Brescia befanden sich von 1829—1834 (Dr. Menis) 2256, davon die Hälfte an Pellagra leidend, von 1838—1843 (Dr. Giralli) 1675, davon 360 mit Pellagra. Im grossen Hospital zu Mailand in den 11 Jahren von 1832—1842 unter 220,757 Kranke aller Art 7907 Pellagrose i. e. jährlich 718. Die Untersuchungen betr. die Zahl der in das Mailänder Hospiz aufgenommenen Pellagrosen bewiesen G., dass Holland und Brierre de Boismont, die sie auf 1/2 bis 2/3 der überhaupt aufgenommenen berechneten, wesentlich geirrt, dass ferner eine Verminderung (Marinis Ansicht entgegen) nicht stattgefunden habe und endlich aufs Neue

die Nothwendigkeit ihrer Aufnahme in Irrenanstalten. Dr. **Verga's** Mittheilungen zufolge sind in der Senavra (Mailand) von 1849—1851 pellagrose Irre

behandelt, geheilt, gebessert, starben
116 41 28 37 = 31,89 %, während für 1852—1853
254 43 35 = 8 % von Dr. **Castiglioni** angegeben werden. G. schliesst so: „Ein Land, das jährlich 100 Todte an Tabes (und) oder Delirium mit **Pellagra** verliert, kann nicht weniger als 1000 Individuen besitzen, welche innerhalb dreier Jahre genöthigt sind, in Irrenhäuser sich aufnehmen zu lassen und ebenso viele, die von einem gleichen Schicksale bedroht sind. Daher halte ich dafür, dass Raum zur Aufnahme von 2100 Irren, d. i. für 700 jährlich in den betreffenden Irrenhäusern geschafft werde."

(3. Heft des Archiv. ital. p. 185.) **Bericht aus der psychiatr. Klinik des grossen Hospitals zu Mailand, Frauen-Abtheilung.** — Am bemerkenswerthesten ist die ausserordentliche Zunahme des Delirium potatorum. Von 1861—1863 waren im Ganzen 2 Fälle, 1866 allein 29 Fälle vorgekommen.

Eine Trödlerin, 35 Jahr alt, figurirt mit 13maliger Aufnahme. Das Toben dauerte 14 Tage, der tremor artuum weit länger; dazu Ischurie, Prostration. Chinium sulfur. mehrmals wiederholt stellte sie her. — **Epilepsie** war in 78 Fällen vertreten, theils **abdominelle** auf Würmern etc. beruhend, theils von den **Genitalien** ausgehend. Hervorzuheben ist ein Fall, der nur während der Gravidität anhielt, häufige und heftige Anfälle machte; dem entsprechend bei einem 34jährigen Mädchen, wo der Anfall mit der Menstruation kam und ging. Bei einer 27jährigen traf die Epilepsie ein und steigerten sich die Anfälle mit der fortschreitenden **Lactation**; übrigens Heilung in 3 Wochen — nach 8 Monaten Dauer — durch Blutlassen und Jodkalium. In den meisten Fällen soll die Epilepsie durch **Schreck**, in manchen durch **Elend** und **Pellagra** entstanden sein. — Eine **Aura** konnte nur in den seltensten Fällen constatirt werden; einmal als verstärktes Kriebeln in der Zunge und Fortpflanzung desselben auf die prosopalgische linke Wange. Bei einer 17jährigen fing der Anfall mit leisen Zuckungen des Unterkiefers an, darauf drehte sich die Patientin um sich selbst, bis sie besinnnungslos niederfiel. Eine 12jährige, seit 6 Jahren epileptisch, von gesunden Eltern, bekam und hatte die Anfälle immer nur während des Monats **März**. Von den 78 Individuen wurden 42 entlassen, 5 starben. An **Pellagra** litten viele. Bestand 22. Zugang 147. Gebessert entlassen 75; zu den Chronischen 51, in die Senavra 2, gestorben 19, Rest 22. Recidiv waren im Laufe des Jahres nur 10. Bei vielen wurde die Besserung erzielt durch geeignete Diät, laue Bäder und Kalt-Wasserkuren, auf welche letztere der Berichterstatter (Dr. **Rotondi**) den grösseren Werth legt. — Einige kamen fast sterbend, andere mit den Zeichen des Typhus pellagrosus, — trockene glatte, lose, schmähsüchtige Zunge, — Bauch hohl, kollernd, nicht meteoristisch, seroser, schmerzloser Durchfall, öftere Ischurie, Sugillationen an Ellenbogen und Fingergelenken, verlangsamte Respiration, Schlaflosigkeit, unmotivirte Bewegungen, mit choreaartigen oder opisthotonischen Anfällen — Cerebro-Spinal-Symptomen, die langsam zum Tode führten. Ausserdem werden noch mehrere Fälle von Delirium acutum,

s. transitorium erzählt, u. A. einer, wo nach 18monatlicher Lactation ein Aderlass das Delirum zum plötzlichen Ausbruch brachte.

Aus der Fortsetzung des Berichtes im 4. Hefte p. 245 noch einige Notizen: „über wirkliche Irre." Folie morale kam in wenigen Fällen vor. Die Betreffenden, unerträgliche Zänkerinnen, unfügsam gegen die Hausordnung, kamen mehreremale von der Abtheilung ins Gefängniss und wieder zurück. Das Contingent der Melancholischen bei den Aufnahmen in die Senavra erreichte kaum 1/3 des von der Manie gestellten. — Bezüglich des Einflusses von Gravidität und Puerperium hat R. durch seine Beobachtungen die Ueberzeugung gewonnen, dass 1) Puerperalmanie über lang oder kurz immer zur Heilung gelangt, mit der Neigung zu Recidiven, 2) dass Melancholie während der Gravidität sich entwickelnd durch das Puerperium nicht nur nicht geheilt wird, sondern schneller in Dementia übergeht. Folgen Krankengeschichten zum Belege dieser Ansichten; desgleichen solche, welche zur Erläuterung der verschiedenen Formen von Delirium dienen. Unter letzteren ist bemerkenswerth der Fall einer 50jährigen Frau, die an Hallucinationen aller Sinnesorgane leidet, und obgleich sie unendliche Qualen empfindet, wohlgenährt und für ihr Alter wohl aussehend ist. Bei einigen Melancholischen zeigte sich das pellagroide Erythem (Billod's) auf den Händen. Einem 24jährigen Mädchen, sitophob und sehr heruntergekommen, wurde ein Aufguss von Coca gewaltsam beigebracht, worauf sie zu essen anfing und das Erythem verschwand, die Intelligenz dagegen sich nicht besserte. „Die Sitophobie ist die wahre entfernte Ursache des pellagroiden Erythemes der Irren, die Frühlingssonne die nähere." Entzündliche Krankheiten verliefen bei Geisteskranken mit Depression fast ohne alles Fieber: desgleichen Variolois, deren Eruption ganz fieberlos in 6 Fällen geschah, wo übrigens während des Verlaufes der Geist klarer war — wie R. ähnliche Fälle bei Cholera gesehen. „Erfreulich war die Summe der Heilungen, besonders bei Melancholie, freilich grossentheils der Heilkraft der Natur zuzuschreiben." V. S. wurde vermieden, dafür lokale Blutentziehungen gewählt; Opium-Präparate häufig und in grossen Dosen gegeben. Morph. acetic. bewirkte öfter Aufregung und Erbrechen, auch wenn es am Arme eingespritzt wurde. Laue Bäder und Hydrotherapie waren gute Unterstützungsmittel bei Melancholischen, bisweilen auch die Urtication, die wie die Douche allerdings mehr als Einschüchterungsmittel diente. Amara halfen nichts zur Erregung des Hungergefühls, dagegen erwies sich Coca in mehreren Fällen erfolgreich, ohne den Magen zu reizen.

3. Andere italienische Irrenhäuser.

In einer kleinen, 2½ Bogen starken Schrift — Rivista psichiatrica. 1864. — giebt der rührige Cesare Lombroso, jetzt Professor in Pavia, eine Uebersicht von 14 italienischen Anstalten — mit den einleitenden Worten: „Italien ist noch nicht fertig, und wenn die Vernünftigen sich noch nicht wohl fühlen, um wie viel weniger die Unvernünftigen". Alle Berichte aus den verschiedenen Provinzen Italiens beklagen einstimmig den traurigen Zustand der öffentlichen Irrenanstalten. „Turin z. B. — nach D. Berrone's Schilderung hat c. ein Dutzend Dirigenten für seine Anstalt, 2 Priester, 2 Barone,

6 Advokaten und kaum 1 Arzt. Der Kapellan, besser besoldet als der Arzt, regiert darin, verweigert nach Belieben den ersten ärztlichen Autoritäten den Zutritt und verschwendet 29,000 Lire für die Ausschmückung einer Kapelle, während die wenigen Lire für dringliche Reparaturen an Badewannen verweigert werden.“ — „Die Kranken sind, ohne passende Garderobe, in Sälen ohne Luft zusammengedrängt, ohne Beschäftigung, und schlechter daran, als die Galeerensclaven etc.“ „Wir wollen Palermo reformiren und sehen nicht, dass die entschiedensten mittelalterlichen Zustände im Herzen unserer Hauptstadt sitzen?“ — So war es 1864, ob es jetzt anders geworden, findet sich nicht berichtet.

Aversa unter Leitung eines der besten italienischen Psychiater Dr. Miraglia, besitzt Gärten, ein Theater, aber kaum 85 Paar Schuhe, 184 Hemden und 5 (?) Beinkleider für seine 800 Kranken. Noch vor wenigen Jahren konnten „die Schwestern“ die unglücklichen Irren, die jene beleidigten, nach Belieben despotisiren und schmählicher Weise „mit Brennnesseln peitschen (orticare).“

Von 1813—1860 wurden aufgenommen 11,947 Irre, davon geheilt 3777, starben 4833! Miraglia schlägt den Bau eines Hauses für nicht weniger als 500 Individuen vor, und zwar in 6 Abtheilungen — für verbrecherische, für unheilbare, für unruhige, für zu beobachtende Kranke, für alte Paralytiker und für Kinder. Die Senavra noch immer Gegenstand trauriger Klagen, wird wiederum von einer Commission (Pogliaghi und 5 andere Referenten) in einem sehr würdig gehaltenen Promemoria begutachtet, worin es heisst: Die Irren der Provinz Mailand belaufen sich auf 877, darunter 100 Cretins, 100 ohne Aufnahme, 30 in Abbate grosso, 116 im grossen Hospital. Man (Lombroso) kann gut 1000 rechnen, und die Commission dürfte den Bau von 2 Anstalten mit je 500 Kranken vorschlagen. Es ist auch Zeit, dass die Schmach jener Irrenanstalt endlich aufhöre, wo die Intermittenten und der endemische Kropf die schon so schreckliche Lage der Irren erschweren.

Ancona (unter dem trefflichen Cardona) hat nur Einen Assistenten und zwar einen Chirurgen (flebotomo) und der Arzt hat nichts zu sagen über das Personal — bei einem durchschnittlichen Krankenbestand von 125 Individuen p. a. — Denn vom 1. Januar 1861 bis 31. Oktober 1863 wurden aufgenommen 207 Männer und 110 Frauen; Bestand blieben 92 Männer, 79 Frauen Summa 171. — „Auffallend ist es, dass nur Verrückte (dementi) 61 msc. 39 fem., Wahnsinnige (monomaniacki) 56 msc. 29 fem. und Blödsinnige (imbecilli) 14 msc. 29 fem. aufgeführt werden.“ Auf 2800 Bewohner Ancona's kommt 1 Geisteskranker. Unter den 49 Todesfällen finden sich: 7mal Apoplex., 2 Congest. cerebral., 2 Emollit. cerebral., 5 Synope, 1 perfor. Oesophagi, 1 Pellagra.

Fermo. In 18 Jahren 18 masc. 45 fem. Davon starben 3 masc. 8 fem.

Triest. („Das wir“ — sagt Hr. Lombroso — mit vollem Rechte unser nennen können“). Auf 1558 Einw. 1 Geisteskranker. In den letzten 20 Jahren wurden in das dortige Irrenhaus aufgenommen 599. Die Zahl der Frauen überwog die der Männer. Es starben 144, also c. 24%. Bestand am Schluss von 1862 = 96 Kranke.

Alessandria. Sehr schöne, und nur zu ausführliche statistische Berichte von Dr. Ponza liegen vor. Auf 1702 Einwohner (und 1049 □Hektaren)

1 Geisteskranker. Von 1785—1856 wurden aufgenommen 760 msc. 442 fem. und von 1856—1862 wurden aufgenommen 316 msc. 202 fem. Die grösste Sterblichkeit herrschte im März = 18%, die geringste im Juni = 7%. Im Ganzen starben 194, davon 19 an Phthisis (?) 15 an febr. typhoidea, 26 an Enteritis. Die glänzendsten Heilungs-Resultate wurden beim Militär erzielt = 69%. Die Irren von Tortona hatten = 64%; die Männerstation in Allessandria = 48%; die Frauenstation daselbst = 42%. Aehnlich war der Procentsatz in Florenz, nämlich = 40 %. Unter den Ursachen der Geisteskrankheit bei den 194 Irren kommt Erblichkeit 38mal vor. Leider ist der Einfluss des Pellagra nicht betont.

Venedig, Frauen-Abtheilung der Irrenanstalt. Aus dem ausgezeichneten Bericht des hochbegabten Berti hebt L. hervor. Im Triennio 1860 bis 1862 wurden behandelt 492, gebessert 100, starben 15. An Manie litten 10 %, an Melancholie 18,28 %, an Blödsinn 10 %, an Monomanie 7,92 %. Pellagra in 22 Fällen von Blödsinn, in 95 Fällen der andern Formen. Epilepsie 21 Fälle. Selbstmorde 37 (?). Paralysen nicht mehr, als 1,42 %. Dämonomanie wurde 5mal bei Melancholischen beobachtet. Der Hauptfaktor der Geistesstörungen ist dort das Pellagra, das in 111 Fällen als Ursache verzeichnet ist; Erblichkeit in 53 Fällen; Neurosen in 44, Genitalienleiden in 10, Puerperium und Laktation in 40, Alkoholismus in 10. In 170 Fällen sind sogenannte moralische Ursachen angeführt, und zwar 90mal Noth und häuslicher Zwist, Geiz 2mal, Schreck 12mal und religiöse Exaltation 24mal. Erblichkeit und Missbildung influiren insbesondere anf Idiotismus, Neurosen auf Manie; Pellagra, anscheinend, auf Melancholie. Schreck veranlasst vorzugsweise Stupidität, getäuschte Liebe Monomanie, Melancholie, religiöse Exaltation Monomanie, Melancholie und Stupidität. — Der Wittwenstand lieferte, im Verhältniss zur Bevölkerung, die meisten Fälle (74), Verheirathete die wenigsten (199). 181 waren Bäuerinnen, Pellagra, Idiotismus und Stupidität vorherrschend. 54 Dienerinnen meist mit Manie. 24 Modehändlerinnen mit Wahnsinn und Melancholie. Die Provinz Udine bringt vorzugsweise Manie, Venedig: Melancholie, Padua und Treviso: Wahnsinn, Treviso: Stupidität, Belluno und Treviso: Verrücktheit. Die meisten Heilungen fielen natürlich in die ersten 2 Jahre, und zwar in die ersten 2 Monate. Von den Geheilten waren die meisten verheirathet und dem Gewerbe- und Handelsstande angehörig, besonders Modistinnen. 2 Fälle Manie heilten nach hartnäckiger Diarrhoe, ein dritter nach Enteritis und Scorbut; eine schon Verrückte und Koprophage nach dem Erscheinen von Furunkeln, eine andere nach Variolois, 2 nach Scabies, analog dem von Esquirol erzählten Fall.

Medicamente. Arsenas Chinii bis zu 3 gr. täglich half in einem Fall von typischer (ciclice) Manie; das kalte Bad bei Stupiden; bei chronischer Enteritis — ausser Nitras argenti, Opium etc. — eine Latwerge von 5 % rohes Rindfleisch und 4 % Zucker, zu 6—9 Unzen auf 2mal zu nehmen. Unter den herrschenden Krankheiten zählte Enteritis etc. 177 Fälle mit 23 Todten, Bronchitis, Tubercul. etc. 78 mit 19, Affectionen der Nervencentra 65 mit 17 und Intermittens mit 5 Todten.

Bei 71 Autopsien fanden sich 21mal das Cranium schwer, die Wände verdickt, mit und ohne Diploë; 33mal asymmetrisch; in einem der letzteren Fälle eine 2. Naht reich an Wormischen Knochen, der basis occipitis

parallel; in einem anderen Falle mit sehr entwickeltem Cerebellum war das Os frontale verlängert, das Os occipitale so verschoben, dass es gleichsam einen Theil der Basis Cranii bildete. Verwachsungen der Hirnhäute unter sich, den Pacchionischen Körpern entsprechend, waren häufig, noch mehr die Coagula in den Sinus venosi; häufig die Congestionen und serösen Ausschwitzungen der Pia, der Hydrops Ventriculorum etc. Erweichungen des Gehirns fanden sich öfter (Verga) im Mesocephalon, Corpus callosum und Medulla oblongata. Der grössere Theil der serösen Ergüsse fand sich bei Verrücktheit (Demenza), der kleinere bei Melancholie und Wahnsinn (Monoman). Das Herz war durchschnittlich kleiner; bei 71 Irren = Centim. 8,66. (Normallänge 9,27) lang und centim. 8,98 breit (Normalbreite 10,02 ctm.).

In 22 Fällen von 59 untersuchten war das foramen ovale offen.

Die Leber fettig 23mal unter 71 Fällen, atrophisch 3mal, cirrhotisch 2mal, voluminös 20mal, klein 9mal.

Die Milz 20mal erweicht, 1mal tuberkulos, 7 atrophisch. Der Darm (Intestine) anämisch 12mal, congestivirt 20; ulcerirt 10mal; verdickt 6mal, verengt 8mal etc.

Perugia unter Bonucci zählte im letzten Triennium einen Zugang von 120 Kranken in seiner Irrenanstalt, (im Ganzen wahrscheinlich 360 Kranke. Ref); es starben 36 i. e. 10 % und wurden 52 % geheilt entlassen. (?) — Unter den physischen Ursachen der Geisteskrankheit erscheint Syphilis 3mal, Pellagra 1mal, Alkoholismus 9mal, Epilepsie 7mal, Puerperium 5mal. Bemerkenswerth ist hier das anderwärts „so seltene Vorkommen der Paralysis progressiva und die Abwesenheit des Pellagra.“ (Obgleich Lombroso der Ordnung und bewundernswerthen Klarheit in dem Berichte des geist- und kenntnissreichen Schriftstellers und Praktikers Bonucci grosses Lob spendet, so sind doch die von ihm selbst angegebenen Zahlen so unklar, dass auch die oben angeführten, dem Ref. unverlässlich erscheinen).

Palermo. — Dr. Pignocco — enthält jetzt 291 Irre.

Rom's Irrenanstalt nahm auf:

a. 1861 = 86 msc. 66 fem. S. 152, davon starben 27 msc. 30 fem. S. 57; wurden entlassen 52 msc. 37 fem. S. 89, Rest also 6.

a. 1862 = traten ein 150 msc. 78 fem. S. 228, davon starben 23 msc. 19 fem. S. 42; wurden entlasssen 78 msc. 53 fem. S. 131.

Für Astino, dessen Anstalt jetzt 170 Kranke (95 msc. 75 fem) enthält und bald 200 wird fassen können, hat die Municipalität von Bergamo die Idee, derselben das System von Gheel anzupassen. Brugnoni, der dortige Arzt, bekämpft diesen Plan. „Dort“, sagt er, „ersetzen Peitsche und Kette oft die Arznei!“ „Der Pächter lässt den erkrankten Irren nicht in das Lazareth, um ihn nicht aus der Arbeit zu verlieren.“ — „Das System passt nicht für unser Land, wo 3/4 der brodlosen Irren pellagros sind. Der Bauer erkrankt, weil er schon zu viel arbeitet und zu wenig isst und Maiss isst, der Mutterkorn enthält, (maiz affetto da sporisorio). Und Ihr wollt ihm wieder Polente und wieder Arbeit geben!!“

Ueber Como finden sich Notizen aus dem Berichte des Dr. Bonomi im 1. Heft, Band IV des Arch. ital. — Unter den 117 Kranken des Jahres 1866 waren 65 unverheirathet und zwar, weil die Meisten von Jugend auf den Stempel der depressio mentis trugen und Halb-Cretins, pellagros und epilep-

tisch waren. Fast die Hälfte (54) Landleute, 87 aus Como und Umgegend, 17 aus dem Varesischen. Von den 87 kamen nur 19 aus der Stadt Como, 36 aus den See-Gemeinden, 24 von der Hochebene, 8 von den Voralpen von Brienz. 8 Kranke standen im 10. bis 20., 29 im 20. bis 30. Lebensjahre, 31 im 30. bis 40., 22 im 40. bis 50. Unter den Aufgenommenen waren 8 Recidive von 30 Entlassenen. — 1866 wurden entlassen 27 Männer c. 42 %, und 12 Frauen c. 20 %. B. bemerkt auch noch, dass man bei der Beurlaubung der Frauen vorsichtiger sein müsse. Unter den Todten befinden sich 12 Männer und 12 Frauen. (S. Tabelle p. 466, 467, 468.)

B. Irrengesetzgebung und Gerichtsärztliches.

An die Bestrebungen zur Verbesserung der Anstalten schliesst sich das Verlangen nach einem „Irrengesetz“ und nach Reform der „gerichtlichen Medicin.“ Castiglioni, der ärztliche Dirigent in der Senavra und Mombello, ist zum Referenten einer Commission für Bearbeitung eines Reglements, Irrenanstalten betreffend, ernannt, und theilt im arch. ital. Heft 1 und 2 „Ideen zu einem Irrrengesetz“ mit. In Criminalfällen, wo die Frage entsteht, ob der Angeklagte irre sei, oder nicht, sei nicht die Ueberzeugung der Geschworenen, sondern die des Arztes allein massgebend.“ „Der Ordnung und der öffentlichen Sicherheit gegenüber, habe der Kranke zu fordern, dass sein Zustand, seine Ausnahmsstellung dem Gesetz gegenüber erkannt werde und dass man sich dagegen schütze, endlich, dass ihm die Mittel zur Genesung, oder im Falle der Unheilbarkeit, die Erfordernisse zu einem verhältnissmässig erträglichen Leben gewährt werden“ Den Punkt, in wie weit die Gesellschaft das Recht habe, sich gegen die Fortpflanzung des Irrsinns zu schützen, berührt C. nur leise und die 96 Paragraphen seines „Gesetzentwurfes,“ in denen er die angeführten Principien durchführt, enthalten keine Bestimmung darüber. Er verlangt ein Inspectorat für die Irren, und die Freiheit von Unterbringung in Familien, (jedoch nicht mehr, als von 2 in Einer Familie.)

Im Anfange theilt C. das Schema eines für die Aufnahme in die Irrenanstalt der Provinz Mailand erforderlichen Documentes mit, bestehend aus 34 §. — Auch in manchen Orten Deutschlands könnten wir dergleichen gebrauchen, die Ausfüllung dürfte freilich nicht nach den von Dr. Salerio (Tavole stat. Jr. 1862—1864, pag. 27) erzählten Mustern stattfinden, wo es u. A. von einem Taubstummen heisst, er zeichne sich durch unaufhörliches Geschwätz, Gotteslästerung“ etc. aus und von einem an den Füssen gelähmten 12jährigen Knaben, er sei ein gefährlicher Landstreicher.

Gianelli's Schrift: „Ueber die Ursachen der Unzurechnungsfähigkeit Mailand 1867,“ schliesst sich an die von demselben Verf. 1860 veröffentlichte: „Der Mensch nnd die Gesetzbücher im neuen Königreich Italien“ an, in Folge deren Mittermayer einen Artikel in den Friedreich'schen Blättern für gerichtliche Anthropologie, (Juli und August, Heft 1861) unter dem Titel: „Die Nachtheile der Vernachlässigung des Studiums der Natur etc. bei Abfassung der neueren Gesetzbücher“ geschrieben hatte. Es handelt sich darum, für den Entwurf des neuesten Gesetzbuches das Prinzip, oder vielmehr das rechte Wort zu finden, in welchem all den Bedenklichkeiten,, welche bei Beurtheilung von Gesetzes-Uebertretungen in zweifelhaftem psychischen Zustande ent-

Bewegung in den Irrenhäusern

1865.

Name und Lage des Irrenhauses.	Bestand am Schlusse des Jahres 1864			Zugang 1865			Entlassen Ungeheilt.			Entlassen Gebessert oder geheilt.		
	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.
I. Provinz Maiand:												
1. Senavra, Dirig. *Dr. Castiglioni* . .	266	299	565	149	63	212	153	8	161	30	11	41
2. Grosses Hospital, Abtheilung für Deliranten, Dirg. *Dr. Verga* . . .	99	106	205	41	65	106	108	41	149	9	17	26
3. Privat-Anstalt Difoux, Dirig. *Dr. Riboni*	56	35	91	16	8	24	2	—	2	14	8	22
4. Privat-Anstalt Villa Antonini, Dir. *Dr. Biffi*	55	23	78	13	6	19	2	2	4	13	5	18
5. Provinz.-Anstalt v. Lodi, Abtheil. für Deliranten, Dir. *Dr. Rosetti* .	34	30	64	17	8	25	1	—	1	10	7	17
II. 6. Provinz.-Anstalt von Brescia, Dir. *Dr. Manzini*	113	118	231	193	109	302	—	—	—	146	83	229
III. 7. Prov.-Anstalt v. Bergamo (Astino), Dir. *Dr. Brugnoni*	96	84	180	60	38	98	—	—	—	49	28	77
IV. 8. Prov.-Anstalt von Pavia, Dir. *Dr. Lombroso*	15	42	57	29	28	57	—	—	—	10	16	26
V. 9. Prov.-Anstalt von Como, Dir. *Dr. Bonomi*	15	13	28	33	36	69	—	—	—	22	20	42
VI. Provinz Cremona:												
10. Prov.-Anstalt von Cremona, Dir. *Dr. Mainardi*	71	59	130	43	34	77	3	—	3	11	15	26
11. Prov.-Hospital v. Crema (Abth. für Deliranten), Dirig. *Dr. Oliari*	5	4	9	9	6	15	—	—	—	3	2	5
VII. 12. Prov.-Anstalt Genua, Dir. *Prof. Verdona*	285	248	533	126	57	183	38	17	55	57	30	87
VIII. 13. J. A. Mantua (Abtheilung für Deliranten), Dir. *Dr. Sacchetti*	17	38	55	45	52	97	4	5	9	20	29	49

taliens in den Jahren

1866.

Gestorben			Rest.			Bestand am 1. Januar 1866.			Zugang			Entlassen			Gestorben			Rest am 31. Decbr. 1866.		
M.	F.	Tt	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.
47	28	75	185	315	500	328	322	650	177	105	282	86	56	142	67	36	103	352	335	687
17	9	26	6	104	110	6	104	110	61	65	126	51	40	91	—	6	6	16	123	139
8	3	11	48	32	80	48	32	80	16	4	20	14	11	25	3	2	5	47	23	70
2	1	3	51	21	72	51	21	72	12	8	20	12	6	18	4	—	4	47	23	70
11	1	12	29	30	59	29	30	59	15	18	33	13	18	31	7	4	11	24	26	50
31	27	58	129	117	246	129	117	246	159	94	253	120	85	205	40	14	54	128	112	240
9	5	14	98	90	188	98	90	188	59	38	97	48	34	82	13	9	22	96	85	181
7	5	12	27	49	76	27	49	76	26	42	68	9	14	23	8	12	20	36	65	101
7	2	9	19	27	46	20	28	48	44	33	77	27	12	39	12	12	24	25	37	62
27	10	37	72	67	139	72	67	139	41	35	76	22	16	38	20	20	40	71	66	137
4	3	7	7	5	12	7	5	12	19	4	23	12	4	16	4	3	7	10	2	12
28	19	47	288	239	527	288	239	527	105	80	185	80	65	145	38	19	57	275	235	510
11	11	22	27	45	72	27	45	72	54	53	107	38	25	63	17	13	30	26	60	86

Bewegung in den Irrenhäusern Italiens im Jahre 1866.

Name und Lage des Irrenhauses.	Bestand am 1. Januar 1866.			Zugang			Entlassen			Gestorben			Rest am 31. Decbr. 1866.		
	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.
Senavretta, Dir. *Dr. Rogorini* .	46	27	73	13	5	18	10	4	14	2	—	2	47	28	75
Priv.-Anstalt Colombo, Dir. *Dr. Bonati*	20	17	37	18	12	30	17	12	29	3	4	7	18	13	31
Prov.-Anst. v. Venedig, Dir. *Dr. Salerio* und *Prof. Berti*	415	341	756	117	134	251	80	85	165	46	62	108	406	328	734
„ „ v. Padua, *Dr. Tebaldi* .	10	24	34	51	68	119	46	51	97	3	18	21	12	23	35
„ „ v. Verona, „ *Cristiani*	34	53	87	73	65	138	59	50	109	14	21	35	34	47	81
„ „ v. Turin, Dir. *Dr. Bonacossa* und *Dr. Porporato*	471	426	897	166	109	275	86	73	159	95	35	130	456	427	883
Priv.-Anstalt von Turin, Dir. *Dr. Bonacossa*	51	18	69	29	11	40	20	6	26	10	3	13	50	20	70
Prov.-Anstalt v. Alessandria, Dir. *Dr. Ponza*	76	56	152	50	34	84	30	14	44	18	17	35	78	59	137
„ „ v. Novara, Dir. *Dr. Ferri*	5	8	13	23	22	45	13	16	29	5	2	7	10	12	22
„ „ von Genua, Dir. *Dr. Verdona*	288	239	527	105	80	185	80	65	145	38	19	57	275	235	510
„ „ v. Parma, Dir. *Dr. Porcelli*	78	63	141	70	47	117	57	31	88	29	18	47	62	61	123
„ „ von Lucca, Dirig. *Dr. Cappelli*	100	78	178	72	50	122	42	17	59	14	12	26	116	99	215
„ „ von Ferrara, Dir. *Dr. Gambari*	78	89	167	38	46	84	31	38	69	9	15	24	76	82	158
„ „ v. Imola, Dir. *Dr. Lolli* .	114	91	205	52	41	93	40	24	64	14	6	20	112	102	214
„ „ v. Perugia, „ „ *Bonucci*	78	61	139	39	27	66	21	12	33	9	6	15	87	70	157
„ „ v. Pesaro, „ „ *Monti* .	121	107	228	72	53	125	41	37	78	12	13	25	140	110	250
„ „ v. Ancona, „ „ *Cardona*	109	78	187	73	34	107	49	19	68	13	11	24	120	82	202
„ „ von S. Fermo, Dir. *Dr. Biancini*	22	24	46	13	10	23	8	4	12	1	1	2	26	29	55
„ „ v. Florenz, Dir. *Dr. Bini*	334	367	701	219	180	399	151	119	270	65	58	123	337	370	707
„ „ v. Siena, Dir. *Dr. Livi* .	109	93	202	55	39	94	39	17	56	15	11	26	110	104	214
„ „ v. Neapel, „ „ *Miraglia*	552	232	784	333	151	484	158	77	235	154	49	203	573	257	830
„ „ von Cagliari, Dir. *Dr. Dessy Caboni*	37	25	62	23	18	41	8	5	13	12	1	13	40	37	77
„ „ v. Rom, Dir. *Dr. Girolami*	270	254	524	106	81	187	78	50	128	30	21	51	268	264	532
„ „ v. Reggio, Dir. *Dr. Biagi*	171	150	321	53	38	91	27	23	50	11	12	23	186	153	339

gegenstehen, ein allseits befriedigendes und dauerndes Unterkommen verschafft werde. Ein solches scheint G. die Formel des Toskana'ischen Strafgesetzes, Art. 34, Tit. 3, zu bieten, wo es heisst: „Unzurechnungsfähig ist, wer bei Gesetzesübertretungen nicht das Bewusstsein seiner Handlungen und die Freiheit der Wahl hatte.“ G. geht alle Phasen, welche die Behandlung der Frage bis zum Jahre 1866 gemacht hat, durch, wird nicht müde die Widersprüche und Mängel der früheren Formeln zu beleuchten, die Hartnäckigkeit der Juristen im Festhalten von Vorurtheilen — natürlichen, aber krankhaften Vorgängen gegenüber — durch eigene und fremde Erfahrungen, mit eklatanten Beispielen, die besonders an französischen und spanischen Gerichtshöfen spielen, zu bekämpfen, und behandelt mit grosser Ausdauer die heikeln Fragen der Zurechnungsfähigkeit im trunkenen Zustande und der Taubstummen.

Auf dem Gebiete des Thatsächlichen treten uns hier werthvolle Mittheilungen aus der „Statistica d'Italia, Florenz 1867,“ entgegen, welche ein anderes schon 1865 erschienenes Schriftchen Lombroso's „La medicina legale della Allienazioni mentale studinta col metodo esperimentale“ ergänzen. Maassstab und Waage in der Hand, mit dem Motto „der wahren italienischen Schule“: „Beweisen und Widerlegen“ will Lombroso die unbestimmten Ausdrücke: Menschliche Vernunft, freier Wille, übermächtiger Instinkt“ etc. aus der gerichtlichen Medizin verbannt und durch concretere, auf objectiven Thatsachen begründete ersetzt wissen. In 9 Kapiteln, nebst Anhang und Tafeln, ist eine Fülle interessanter Thatsachen, aus der Klinik zu Pavia mitgetheilt, die im 10. Kapitel resumirt werden.

1. Das Körpergewicht des Irren ist geringer, als das des Gesunden. Verrücktheit vermindert das Gewicht mehr, als Pellagra und Manie. Während der Tobsuchtsanfälle findet Gewichtsabnahme unabhängig von Respirations- und Nutritions-Anomalien statt.

2. Das Kopfhaar wird oft gebleicht und dünn. Der Kinnbart fehlt oft bei Irren, oder ist unverhältnissmässig stark.

3. Bei Tobsüchtigen, noch mehr bei Verrückten sind die Zähne unregelmässig, kariös mangelhaft.

4. Der Ansatz des Ohrs und die Gestalt der Helix ist in vielen Fällen bei Tobsüchtigen und Verrückten unregelmässig.

5. Bisweilen reflektirt das Auge ein blendendes Licht bei Maniacis, bisweilen ist die Pupille verengt, öfter erweitert, oft der Augapfel in beständiger Seitenbewegung.

6. Seltener sind das Erythema pellagrosum, niedere Hauttemperatur, Warzen, Eczeme, Balggeschwülste des behaarten Kopfes, Hernien; sehr häufig Leukorhöen, Amenorhoe, Bronchocele und Anämie, sogar bei Individuen von blühendem Aussehen

7. Jede Provinz Italiens unterscheidet sich von den andern, durch ein ihren Bewohnern zukommendes besonderes Verhältniss zwischen Längen- und Breiten-Durchmesser dee Schädels. Der Einfluss der Geisteskrankheit ändert das. — Dementia und Idiotismus neigten zu enormer Brachycephalie, Manie bei Männern zu Dolichocephalie, Wahnsinn zu mittlerer Brachycephalie. Die Capacität der Schädelhöhle ist vermindert bei Manie, noch mehr bei

Dementia und Idiotismus, am meisten bei epileptischem Blödsinn, vermehrt bei Monomanie und Manie suicida.

8. Die Asymmetrie ist ein fast sicheres Zeichen vorzeitiger Verschmelzung der Schädelnähte und Verdickung der Knochen, welch letztere oft mit äusserster Dolichocephalie zusammenfällt, oder mit dem Extrem von Brachycephalie und Hervorragen der Pfeilnaht.

9. Das Harn-Volumen ist bei Manie und Dementia geringer, bei Pellagra grösser als im Normalen. Sein spezif. Gewicht geringer bei Pellagra und Melancholie, fast normal bei Manie und wächst merklich in den Tobanfällen bei Dementia. Dann ist das Volumen vermindert, die Urea, Acida phosph. und sulfur. vermehrt, Reaction sehr sauer; es befindet sich bisweilen Aceton und Eiweiss darin — und die Farben-Intensität — sonst nur 4 der Vogelschen Scala, erreicht N. 6. — Bei den Wuthanfällen im Pellagra bleiben Gewicht, Volumen und Zusammensetzung dieselbe.

10. Bewegungsstörungen kommen fast bei allen Irren vor. Bei Dementia Neigung zur Unbeweglichkeit· Muskel-Rigidität ist charakteristisch für Pellagra.

11. Die Empfindung für Schmerz fehlt bei Tobsucht, das Gemeingefühl ist bei den meisten Irren verkehrt, erhöht bei Hysterie und Melancholie; bei Allen zeigt sich eine besondere Empfindlichkeit für die Abweichungen der atmosphärischen Elektrizität.

12. Fast Alle, exc. die Hysterischen, zeigen besondere Unempfindlichkeit für medicamentöse Substanzen, Alkoholica und Kaffee.

13. Drei Viertel der Irren zeigen gänzlichen Verlust der Affekte, wenige nur erhöhte Affekte und sehr wenige normale.

14. Intelligenz fehlt gänzlich bei epileptischem Blödsinn, bei allen pellagrosen Manien, bei der Hälfte der Monomaniaci scheinen einige Fähigkeiten kräftiger aufzutreten, dafür fehlen ihnen andere.

15. Ursachen des Irrsinns sind bei mehr als $^3/_4$ der Kranken erbliche und physische; die moralischen sind streng genommen nur Ausnahmen. Die Verwandten der Irren sind entweder selbst irre (66 auf 164) oder haben Nervenleiden, Epilepsie, Hysterie (23) oder verbrecherische Neigungen (22), Trunksucht, Pellagra und Charakterfehler (53).

16. Die Verbrechen der Irren unterscheiden sich vielfach von denen Gesunder; z. B. betreffen ihre Diebstähle Gegenstände geringen Werthes, ihre Morde Personen, für die sie Liebe hatten — und sind fast unmotivirt. — Bei allen herrscht grosse Gefühllosigkeit, geringe Vorsicht vor oder nach der That. Obgleich sich Lombroso ungern auf „das Gebiet des Imaginären" begiebt, so kann er doch nicht unterlassen, gewisse Typen der Psychosen anzunehmen und zwar Mania acuta, chronica, Melancholie, Dementia, Manie alcoholica, pellagrosa, Monomania, Mania paralytica, epileptica, Cretinismus, Idiotismus. Nach diesen Formen lieferten ihm: Monomania 6 %, Melancholie 5 %, Mania acuta 15 %, alkohol. 3 %, paralytica 1 % pellagrosa 22 % Kranke.

Lombroso's Methode wird am besten durch einen Fall von Mania simulata illustrirt, den das Arch. ital. Heft 5. 1867 mittheilt. N. N. o. 40 Jahr alt, als Landstreicher mit dem Verdacht des Irrsinns eingebracht, mass 1,75 M. Gesichtsbildung scharf gezeichnet, intelligent, Bart voll und etwas grau, Auge glänzend, tiefliegend, Brauen dicht, Adlernase, Zähne sehr weiss, Schädel

brachycephal (folgen die Masse); am rechten Stirnwinkel die Narbe einer Schnittwunde. Tast- und Schmerz-Wahrnehmung intakt. Urin von 1025 spec. Gew. mit normalen Mengen von Sulphaten und Phosphaten. Temperatur am Kopf nicht vermehrt, an den Extremitäten nicht vermindert. Körper gut genährt, wiegt 80 Kilogr. — Haltung militairisch. Patient simulirte Stummheit, sprach später und widersprach sich vielfach, verstand deutsch, wollte für verrückt gelten — und es ergab sich, wie die physikalischen Zeichen hatten vermuthen lassen, dass er Simulant — angeblich ein österreichischer Emissär kurz vor dem Ausbruche des Krieges — war. — Eine andere ausführliche Krankengeschichte, die Lombroso zum Beleg seiner Experimental-Methode in Heft 1 und 2 des Arch. ital. mittheilt, scheint weniger glücklich gewählt zu sein, da der Held derselben, sonst ein ordentlicher Mensch und „Patriot" doch schon lange vor dem durch ihn begangenen Mord an Gehörs- und Gesichtstäuschungen und an Verfolgungswahn gelitten hat. Interessant ist nur, dass, obgleich er wahnsinnig war, er im Gefängniss Irrsinn simulirte und dies dem Arzte gestand; — interessant auch seine Autobiographie. Seine Eltern, beiderseitigen Grossväter und Verwandten hatten Alle mehr oder minder an Geistesstörung gelitten.

Dr. C. Livi, Prof. der Staatsarzneikunde an der Universität zu Siena, bespricht die Pyromanie im 1. Heft des Arch. ital. etc. und belegt seine Ansicht über die 4 verschiedenen Zustände der Psyche, welche jene veranlassen, mit deutschen und französischen Beobachtungen. Dasselbe, mit Ausnahme von 2 eigenen Beobachtungen, findet bei Besprechung der Kleptomanie im 2. Hefte statt. Ein Priester bildete sich ein, fremder Leute Besitzstücke seien ihm gestohlen worden und suchte daher jene sich auf jede Weise anzueignen. Ein armer Bauer hörte in der Nacht eine Stimme, die ihm zurief: Geh' in die Kirche, hole und bewahre bei dir das Heiligenbild nebst Geld und Edelsteinen vor der Habsucht und Entweihung durch die Protestanten. Er holte es — und wurde wegen Kirchenraub verurtheilt.

Aus Livi's Klinik wird im Imparziale 1867 1. und 2. ein Fall von Melancholia parricida mitgetheilt. Eine Frau von 30 Jahren hatte — nach lange Zeit vorausgegangener Angst — aus Mitleid ihren beiden Söhnchen den Hals mit einem Barbiermesser abgeschnitten und sich selbst zu tödten versucht. Beim Anblick des Blutes war sie, nach eigenem späteren Geständniss zum richtigen Bewusstsein gelangt, dann aber wieder in die vorige Melancholie verfallen. Vater und Grossvater waren Selbstmörder. Heilung nach 4 Monaten. — Im 3. Heft des Arch. ital. 1867 p. 147 ist die Geschichte des Dr. Felix A...., der des Diebstahls bezüchtigt wurde, mitgetheilt. Er hatte ein kleines Crucifix vom Altar in der Kirche gestohlen und versteckt. Man fand Verschiedenes bei ihm im Werthe von 20 Lire, binnen 2 Tagen an den verschiedensten Orten gestohlen. Er war Arzt und nicht bloss selbst seit 3 Jahren sehr exaltirt, sondern auch aus einer Irren-Familie und trank Spirituosa. — Das ärztliche Gutachten erklärte den Fall aus der Dipsomanie und der Erblichkeit. Der Kranke sagte selbst von sich aus: Je ne suis pas fou, je frise seulement la folie, wurde indess vom Gericht als Dipsomane mit Delirium tremens und kleptomanischen Neigungen von der Anschuldigung des Diebstahls freigesprochen.

Im 4. Heft p. 211 erzählt C. Lombroso einen Fall von instinctiver

Monomanie bei einem 2mal Bestraften. Ein 28jähriger Bauer hatte im April 1864 einen Feind seiner Familie mit einer Sichel verwundet und war zu Gefängniss und Geldstrafe verurtheilt worden. Im Mai 1866 verlor er die für ihn grosse Summe von 2 Frcs., im Juli fiel er von einem Baum, wurde schweigsamer, beging allerhand Albernheiten, stahl Seife, Schwefelhölzchen und bezeugte Lust Feuer anzulegen, stahl wieder ein paar Unterhosen, die er verbarg, zerschnitt im Gefängniss alle seine Kleider, legte Feuer an und schob die Schuld auf seinen Bruder. Beim ärztlichen Examen behauptete er, Andere haben, genauer „sein Gefühl" habe ihn zu all dem bestimmt.

Den Mordversuch einer Dame, gegen ihren Wohlthäter behandelt das in Heft 5, p. 302 mitgetheilte Gutachten der Drs. Tarchini, Bonfanti und Castiglioni. — Die Angeklagte, früher Somnambule, hatte mehrere geisteskranke Vettern, war durch Unglücksfälle und beständiges Kopfweh exaltirt — und der Mordanfall wurde als durch furor morbosus entstanden bezeichnet.

A. Verga, Professor der Psychiatrie in Mailand, giebt uns im 4. Heft des Archivio eine Arbeit über Folie raisonnante. Er bekämpft zuerst den Irrthum, als ob das Wesentliche an den Geisteskrankheiten die Störung der Intelligenz sei, und erklärt dann den Zustand der sog. Folie raisonnante nicht für eine eigentliche Form des Irrsinns, sondern für einen Zustand, der eigentlich der Mehrzahl aller Geisteskranken in gewissen Zeiten und Stadien der Krankheit zukomme, vor allem leichteren und inclompeten Fällen, und überhaupt solche, wo die Läsion der Intelligenz sich in sehr beschränkten Grenzen hält. Verfasser verwirft aber für diese Zustände einen eigenen Namen, der unbestimmt und sich selbst widersprechend sei und das Misstrauen der Gerichte gegen die Aerzte errege; das Delirium erklärt Verfasser für das eigentliche unterscheidende Zeichen wahrer Geisteskrankheit (pazzia).

C. Physiologisches. Krankheitsfälle. Epidemieen etc.

Im Journal der pathol. Anatomie und Physiologie von Prof. Sangalli (Vol. III. Heft 6) wird die Paraplegie behandelt, in einem Falle durch Tumor durae matris, in einem anderen durch Haemorrhagia spinalis entstanden. — Im 9. Heft ebendaselbst 1865 die histologischen Veränderungen der Gewebe nach Nerven-Durchschneidung von Prof. Mantegazza. Die Resultate sind: 1. Die Spinalnerven sind wahre vasomotorische Nerven, auf ihre Durchschneidung folgen Erweiterung der Gefässe und die von Schiff Hyperaemia neuroparalytica genannten Secundär-Erscheinungen. 2. Nach aufgehobenem Spinalnerven-Einfluss findet Neigung zu Eiterbildung in den Geweben statt. 3. Das Bindegewebe um die atrophirten Muskeln, das Periosteum, die Lymphdrüsen wuchern; die Knochen werden leichter, da die Rinde atrophisch und die Marksubstanz hypertrophisch wird. 4. Sämmtliche Gewebe werden äusserst vulnerabel. „Prof. M Schiff's Vorlesungen über Experimental-Physiologie des Gehirnes gehalten im Mus. zu Florenz, 1864—1865. Florenz 1866 bei Cammelli" ist eine Zusammenstellung seiner Arbeiten „die dem Fortschritt der Physiologie in Italien einen neuen Anstoss gaben." Anstatt weiterer Auszüge cf. die folgende Tabelle.

Functionen der einzelnen Centraltheile, nach Schiff.

Gehirntheil.	Function.	Wirkung der Durchschneidung.
Hintere Stränge der medulla oblongata.	Gefäss-Tonus Schmerzhaftigkeit Tastgefühl } der Extremitäten u. d. Rumpfes	Hyperämie Hyperalgesie Anästhesie.
Vordere Stränge	Adduction der Extremit. Seitenbewegung der Wirbelsäule	Abduction der Extremitäten Horizont.-Abweichung nach d. entgegengesetzten Seite.
Corpus restiform. extern	Gefäss-Tonus Schmerzhaftigkeit Tastgefühl } der Extremitäten	Hyperämie Hyperalgesie Anästhesie } der Extremität.
Tiefes hinteres Bündel.	Schmerzgefühl in Rumpf und Extremitäten Tastgefühl des Rumpfes	Hyperalgesie in Rumpf u. Extremitäten Anästhesie.
Corp. restiform. intern.	Verbindungsglied mit dem Cerebellum?	? ?
Pyramides anteriores	Verbindungsglied mit dem Cerebrum?	? ?
Seiten-Bündel und Oliven.	Athembewegung d. Zwerchfelles, der Rippen und des Larynx.	Unbeweglichkeit d. Zwerchfelles u. s. w.
Vorder. äusseres Bündel	Adduction und Extension der Extremitäten, Seitenbewegung der Wirbelsäule.	Vorherrschend Abduction u. Flexion d. Extrem., Horiz.-Beweg. n. d. entgegengesetzten Seite der Wirbelsäule.
Querfasern des Pons Varolii	Rotation nach derselben Seite der Wirbelsäule	Special-Drehungen des Körpers, desgl. Wälzen.
Cerebellum { Tiefer Seitentheil	Rotation nach der entgegengesetzten Seite	Wälzen auf die andere Seite d. Verletzung, Bewegungsstörungen nach verschiedenen Verletzungen.
Cerebellum { Oberflächlicher mittlerer Theil	Geschlechtstrieb?	. . . .
Corp. quadrigem. post.	Bewegungen der Augen	Strabism. und Paresis der Augenmuskeln.

Gehirntheil.		Function.	Wirkung der Durchschneidung.
Corpp. 4 gemin. anteriora.		Sehen auf dem Auge der anderen Seite.	Blindheit auf dem Auge der andern Seite.
Untere Längsfasern der Pedunculi Cerebri.		1. Bewegung der hintern Extremitäten d. andern Seite, 2. Seitenbeweg. d. vorder. Extrem. u. Wirbelsäule	1. Paralyse der hintern Extremität d. andern Seite, 2. Seiten-Abweichung der vordern Extremitäten, 3. Reitbahn-Bewegung.
Cerebellum.	Oberflächl. Schicht	. . . .	. . . .
Cerebellum.	Nächstfolgende	Bewegungen der Zehen	Paralyse der Zehen.
Cerebellum.	Vorderes Drittel	1. Abduction auf derselben Seite 2. Abduct. d. Vorder-Extr. auf der andern Seite	1. Abweichung der Glieder nach der andern Seite, 2. Kreis-Bewegungen nach derselben Seite.
Cerebellum.	Die zwei hintern Drittel	1. Abduction auf der andern Seite 2. Abduction der Vorder-Glieder auf derselben Seite	1. Abweichung der Vorderglieder an der verletzten Seite, 2. Entgegengesetzte Kreisbewegungen.
Cerebellum.	. . . .	Innerer Gefäss-Tonus	Erweichung, Ulceration des Magens, des Colon. — Hyperämie der Leber und Milz.
Cerebrum und Corpp. striata		Intelligenz, Wille, Instinct. Wahrnehmungen auf der andern Seite.	Lethargie, Stumpfsinn — bei Erhaltung der Sinneswahrnehmungen.

Von His's Vasa perivascularia in den Nervencentren gibt Dr. Bizzozero im Arch. ital. Heft 4, p. 225 eine kurze Mittheilung. Das Wichtigste ist der in Heft 5, p. 272 mitgetheilte Artikel Lombroso's über den Einfluss der meteorologischen Agentien auf Entwickelung, Verlauf, Ausgang und Therapie der Geisteskrankeiten nach seinen in der Irrenanstalt zu Pavia angestellten Beobachtungen und die Abhandlung, die unter dem Namen: Elektrische Schmerzmessung, Algometria electrica, beim Gesunden und Irren, Mailand 1867, aus den Anal. Univers. di Medicine Vol. C. C. April 1867 besonders abgedruckt. Lombroso hat zunächst an sich selbst und 4 anderen Individuen mit einem Inductionsstrom an 39 Körperstellen experimentirt und stellt das Resultat den Weber'schen Tastmessungen gegenüber. In einer zweiten Tabelle sind Verschiedenheiten nach Geschlecht und psychischen Krank-

heitsformen am Zeigefinger, Handteller und Rücken, Stirn und Nacken zusammengestellt — Schmerz und Muskelcontractionen von einander gesondert. Dazu dienten 23 Gesunde und 73 Irre. Die electrische Schmerzempfindung ist am stärksten an Glans penis, Mammilla, Zunge, Gesicht, am geringsten am Fusse. Bei dem weiblichen Geschlecht, wegen grösserer Feinheit der Haut, stärker. Vermehrt bei Melancholie erethica, vermindert bei M. apathica, bei Dementia und Pellagra, wo auch die Extensoren sich weniger zusammenziehen, als die Flexoren. Kein Irrer zeigte Unempfindlichkeit an der Stirn, viele sogar mehr als die Gesunden. Bei einigen Pellagrosen und Maniaci fast fehlende Empfindlichkeit an Hand und Nacken. Gross ist sie, wo die Epidermis fein, wo der Trigeminus sich verzweigt und die Nervenenden am wenigsten bedeckt sind Die electrische Schmerz-Empfindlichkeit entspricht nicht der des Tastens, sie sind sehr verschieden an Stirn, Hand und Fuss. Traumatische und chemische Reize sind dem elektrischen analog an Stellen, wo letzterer nicht Schmerz erregt. Individuen und Körperstellen wenig empfindlich für electrischen Schmerz, sind es dennoch für Contraction. Die Herzbewegungen werden bei Gesunden und Irren durch elektrischen Schmerz vermehrt. Dieser vermindert sich sehr wenig an Stellen, welche momentaner Erkältung durch Eis, und vermehrt sich sehr wenig an solchen, die momentaner Erwärmung ausgesetzt waren.

Nach Allem, scheint es, hat der Rhumkorff'sche Apparat, Lombroso noch wenig für seinen Zweck, die Diagnose der Psychosen, geleistet. Bei Gelegenheit der Eis-Application bemerkt er: Brom-Kalium saturirt auf die Zunge applicirt, gab eine bemerkenswerthe Verminderung der Sensibilität und Contractilität an Zunge und Lippen; Atropin-, Veratrin-, Coffein- etc. Lösung zeigte nichts der Art.

Lombroso's Abhandlung über „meteorische Einflüsse" (Archivio, 5, 6.) besteht, abgesehen von der langen und interessanten geschichtlichen Einleitung, aus 16 Kapiteln. Im ersten wird der Einfluss der Jahreszeiten auf den Ausbruch der Psychose untersucht. Die angegebenen Zahlen bezeichnen allermeist nur den Eintritt in die Irrenhäuser. Die schädlichste Zeit sind die Sommer-, dann die Frühlings-Monate, insbesondere der Mai, der die grösste Zahl der pellagrosen und intermittirenden Manien, die dann recidiviren, liefert. Im 2. Kapitel sind die Anfälle der Tobsüchtigen, Epileptischen etc. nach der Tageszeit, vom Februar bis Mai 1867 registrirt unter Angabe der Thermometer- und Barometer-Grade, der Windrichtung — und zwar im Februar 62 Vorm., 43 Nm. Sa. 105 Anfälle; im März 78 Vm. 38 Nm. Sa. 116; im April 81 Vm. 55 Nm. Sa. 136; im Mai 114 Vm 28 Nm. Sa. 142. Im Ganzen demnach 335 Anfälle Vm., 164 Nm. S. 499.

In den folgenden Kapiteln wird der Einfluss der Temperatur, des atmosphärischen Druckes, der Winde, der Luftfeuchtigkeit, der Electrizität und des Ozons, der Mondphasen auf Irre, Epileptiker, auf ihre Krankheitsphänomene, auf ihre Heilung und auf den tödtlichen Ausgang untersucht; alle diese Fragen sind mit ausserordentlichem Fleisse nach eigenen Beobachtungen studirt. Es folgt eine interessante Untersuchung über die Frage, ob auch auf das geistige Leben des Gesunden die atmosphärischen Zustände und Veränderungen modificirend wirken; die Frage wird bejaht und besonders an einer Reihe von Beispielen demonstrirt, dass äussere Wärme der geistigen Production

günstig sei. Hr. Lombroso nimmt übrigens (p. 334 ff.) eine eigene Sensibilität für Witterungseinflüsse, die wir ja bei manchen Thieren so auffallend wahrnehmen, auch für den Menschen, an, wo sie besonders bei Nervenkrankheiten, Epilepsie und Dementia, bedeutend hervortreten soll. — Es folgen Untersuchungen über den Einfluss der meteorologischen Verhältnisse auf die Geburt bedeutender Menschen (wobei sich der Verf. ohne den Versuch einer Wiederbelebung der Astrologie auf positiver Grundlage zu machen, doch auf einige geographische Andeutungen beschränkt), auf Selbstmorde und Morde, und auf den Ausbruch von Revolutionen. Die Arbeit schliesst mit 18 aus dem Vorangehenden sich ergebenden Schlussfolgerungen, aus denen wir nur Einiges hervorheben wollen:

Grosse Hitze vermehrte beträchtlich die Zahl der Manie-Anfälle und im Allgemeinen auch der epileptischen Anfälle, ebenso die Zahl der Selbstmorde und der Verbrecher aus Leidenschaft. Die Exacerbationen der Geisteskrankheiten nehmen um die Zeit starker Barometerschwankungen nach auf- und abwärts zu; die Wintermonate sind für die Epileptiker die günstigsten; sie sollen sich also an kühlen Orten aufhalten. Die häufigsten Todesfälle kommen in den kältesten und heissesten Monaten vor, besonders in den feuchtkalten. Die Aufnahmen, Genesungen und Todesfälle der Irren gehen parallel den Aufnahmen, Genesungen und der Todtenzahl der anderen Kranken in grossen Hospitälern. — So anerkennenswerth das Bestreben des Hrn. Verf. ist, auf diesen und auf anderen Gebieten der Psychiatrie die positiven, besonders auf Physik gegründete Methoden einzuführen, so werden doch diese Arbeiten noch vieler weiterer Ausbildung und Wiederholung bedürfen, ehe ihre Schlüsse als sicher festgestellt betrachtet werden können.

In einer Broschüre „Verschiedene Fälle von Manie“ Bologna 1867 theilt Lombroso noch seine Versuche über die Muskelkraft der Irren am Dynamometer mit. Danach besitzen die Maniakalischen im Mittel eine etwas geringere als die normale Muskelkraft, Wahnsinnige und Pellagrose fast normale, Verrückte und Epileptiker haben die geringste Kraft.

Unter Lombroso's Krankengeschichten findet sich ein Fall von Mania diphtheritica. Dauer der Krankheit vom 10. Februar bis 18. März 1867. Pat. schien an tuberkulösen Cavernen zu leiden, zeigte bei der Autopsie Bronchiektasie an den Lungenspitzen. Erst 4 Tage vor dem Tode wurden die diphtheritischen Flecken am Pharynx entdeckt. Lombroso hält diese Art der Manie für analog mit der der Paralyse nach Diphtheritis. Seine Ansicht, dass die noch so lokalisirte Diphtheritis von einer allgemeinen Dyskrasie abhänge, suchte er in einem anderen Falle durch Verdrängung der diphtheritischen Plaques mittelst Einimpfung von Variola zu beweisen (cf. später). Von Mania cardiaca werden 2 Fälle erzählt, in welchen das Herzleiden dem des Gehirns vorausging. Im ersten: Gehirn normal, nur seine Arterien atheromatös, linke Herzhälfte stark hypertrophisch mit Atherom und Stenose der Aorta. Psychisches Symptom: Verfolgungswahn. Im zweiten: Hydrops der Seitenventrikel, excentrische Hypertrophie des rechten Herzventrikels, Verengung der Pulmonalis Psychisches Symptom: Verfolgungswahn. — Ueber Pigmentation (Ephelis und Chloasma) bei Irren sagt Lombroso: Sie zeigt sich am häufigsten bei Unheilbaren, bei Wahnsinn und Verrücktheit. In 2 Fällen verschwand das Chloasma mit der Heilung. — Aus einem genau controlirten

Falle von Herpes zieht Lombroso, angesichts der modernen Lehre von der rein lokalen Natur der Hautkrankheiten, den Schluss, dass die psychische Krankheit von der herpetischen, oder wenigstens beide einer gemeinsamen Wurzel entstammten. Gestützt auf Concato's Entdeckung des Antagonismus von Diphtheritis renalis (Albuminurie) und Variola, impfte er letztere bei einer tuberkulosen Irren in Agone, bei einer Blödsinnigen und einer Verrückten und erzielte verhältnissmässige Besserung des psychischen Zustandes. — Bei dieser Gelegenheit erfährt man, dass im April 1867 im Irrenhause zu Pavia die Pocken geherrscht haben. Die Cholera in Palermo verschonte — nach Dr. Pignocco's Bericht — auch seine Irren nicht. 1837 raffte sie $1/3$, $1857 = 1/9$ des Bestandes weg; 1866 wurden von 377 Individuen 85 ergriffen und starben nur 37. Während des Cholera-Anfalles schwiegen die psychischen Symptome. Palermos 7 Septembertage (1866), die der Cholera voraufgingen, hatten viele Fälle von Melancholie zugeführt. —

Ferner sei noch Lombroso's Beobachtung eines Falles von Mania syphilitica mit Meningitis spinalis. allgemeiner Osteoporosis und der sehr seltenen Porose der Schädelknochen — endlich noch 5 Krankengeschichten erwähnt: 1. Aphasie bei einer Epileptischen mit Microcephalie. 2. Aphemie mit angeborenem Blödsinn durch Atrophie der grossen Hemisphären. 3. Akute Manie durch vorzeitige Verschmelzung der Schädelnäthe. 4. Mania pellagrosa — wo das Delirium im Herbst verschwand und im Frühling wieder erschien. 5. Manie mit Paralysis progressiva und schnellem Verlauf; Anfang im October 1866, Tod 28. Februar 1867.

Einen Fall von Aphasie mit rechtseitiger Lähmung endlich beschreibt A. Quaglino (Arch. 6, p. 384), der wegen einer ungewöhnlich weit gediehenen Besserung der Sprach- und Gedächtnissstörung unter dem Einflusse methodischer täglicher Uebung bemerkenswerth ist.

XXVI.

Casuistik.

1.

Multiple Erweichungsheerde, vorwiegend in der Gehirnrinde. — Eigenthümliche Veränderungen an Ganglien und Glia der anstossenden Partieen. — Acuter psychischer Symptomencomplex.

Von

Dr. M. Jastrowitz,
Assistenz-Arzt an der Königlichen Charité.

(Hierzu Tafel VIII. und IX.)

Der vorliegende Fall gehört klinisch in eine noch wenig gekannte Reihe von Hirnaffectionen mit ausgedehnten, grob materiellen Veränderungen bei einem acuten, fast ausschliesslich psychischen Symptomencomplex. Derselbe hat sich hier unter dem Bilde einer „acuten allgemeinen Verwirrtheit mit Aufregung" dargestellt und erinnerte in einzelnen wesentlichen Zügen, vor Allem in der tiefen Störung des Bewusstseins und der Ernährung, in dem Auftreten leichter Remissionen, sowie in dem perniciösen Ausgange an das Délire aigu, von dem er andererseits jedoch in vielen charakteristischen Einzelheiten, wegen deren auf die folgende Krankengeschichte verwiesen wird, sich so sehr unterschied, dass er selbst nicht in den von Schüle für das Delirium acutum weit genug gefassten Rahmen und insbesondere in keine der von ihm aufgestellten Unterabtheilungen mit Fug und Recht hineinpasst. — Eine genauere mikroskopische Untersuchung der veränderten Hirnpartieen und ein Vergleich mit den anscheinend normalen Theilen hat überdiess einige interessante pathologisch-anatomische Ergebnisse geliefert, die als zu diesem Falle gehörig zugleich veröffentlicht werden, wiewohl sie um ihrer selbst willen, zumal was das feinere histologische Detail angeht, einer vollständigeren, vergleichenden Prüfung und einer ausführlicheren Behandlung bedurft hätten.

Anamnese.

Frau Kürig, 61 Jahr alt, am 6. December 1867 recipirt, ist vor 27 Jahren an gastrischen Beschwerden längere Zeit hindurch leidend, sonst bis vor 2 Jahren körperlich gesund und bis September d. J. psychisch nicht abnorm gewesen. Ein Bruder war dem Trunke ergeben und scheint zuletzt in Geisteskrankheit verfallen zu sein; weitere hereditäre Disposition ist nicht nach-

weisbar. Seit 24 Jahren lebt sie in kinderloser Ehe, hat ihre Menses immer stark gehabt und verlor sie mit dem 52. Jahre ohne jede Beschwerde.

Seit dem Juli 1866 besteht ein mässiger Grad von Dysurie, nachdem sie angeblich bei einem Spaziergange den Urin lange zurückgehalten hatte; sie fing damals an über Schmerzen und eine Anschwellung des Leibes zu klagen (August 66), welche sie nöthigte, 4 Wochen lang das Bett zu hüten. Unter stetiger Zunahme der Bauchgeschwulst wechselte ihr Befinden bis im Sommer 1867, den sie, ohne bettlägerig zu sein, auf dem Lande zubrachte, von wo sie am 15. August ziemlich munter und geistig gesund in die Stadt zurückkehrte. Anfangs September zeigte sich eine plötzliche Anschwellung des linken Beines; es bestand des Gebrauches von Drastica ungeachtet hartnäckige Stuhlverstopfung, dabei ziemlich guter Appetit, keinerlei Schmerz, kein Fieber, aber wenig Schlaf und grosse allgemeine Schwäche, die am 24. October so stark wurde, dass man sie bereits aufgab. Sie erholte sich jedoch wider Erwarten schnell, bekam Appetit, sprach mehr und war munter. Schon im September und October zeigten sich die ersten Zeichen psychischer Störung in dem Auftreten eigenthümlicher Zwangsvorstellungen, indem sie davon sprach, dass sie die vorbeifahrenden Wagen zählen müsse, sie könne sich dessen nicht enthalten. Sonst hat sie geistig nichts Abnormes geboten.

Erst am 29. November, während sich die Anschwellung des linken Beines etwas verloren hatte, fing sie an ohne objektiven Grund „über ekligen Geruch“ und über ein Gefühl von „Bitterkeit im Munde“ zu klagen; am Nachmittag erschien sie im Gespräch mit einem Bekannten auffällig, ebenso am folgenden Tage. Am 1. December 6 Uhr früh rief sie plötzlich, sie halte es mit dem fürchterlichen Gestank nicht mehr aus, man solle sie in ein anderes Zimmer bringen; nachher war sie zufriedener und sprach verständig. Tags darauf fragte sie den Arzt, ob er nichts rieche? sie verspüre Leichengeruch, er habe sie nach einem Armensünderhause gebracht, es lägen 12 Leichen unter den Dielen, ein grosser Mann mit blondem Barte habe es ihr gesagt. Am 3. December äusserte sie Aehnliches, am 5. stand sie plötzlich aus dem Bette auf, ging sicheren Schrittes umher, sagte, sie sei jetzt gesund und Gott habe ihr den Verstand wiedergegeben und suchte alle Spinden durch nach dem „bösen Gewissen“. Später that sie dasselbe nach dem „letzten Gedanken“ und „dem letzten Willen“. Sie sprach nunmehr im Bette liegend in einem fort und war Nachts nur ein paar Stunden ruhig.

Am 6. wurde sie zur Charité befördert. Die Anschwellung des linken Beines sowohl wie des Leibes, der stark vorgewölbt war, hat in den letzten 8 Tagen beträchtlich abgenommen.

Status praesens (am 6. und 7. aufgenommen).

Patientin ist von ziemlich grosser Statur, nicht besonders anämisch, für ihr Alter gut conservirt, hat schwache Musculatur, dürftigen Panniculus, rigide, an Hals und Schläfen geschlängelte Arterien. Puls 116, keine Temperatur-Erhöhung. Der Kopf ist gut gebildet, nirgends treten Degenerationszeichen hervor.

Am Halse sind die Jugularvenen ausgedehnt, der Thorax ist lang und schmal, die Untersuchung von Herz und Lungen ergiebt nichts Abnormes.

Der Unterleib ist in seinem unteren Theile bis über den Nabel hinauf stark ausgedehnt und vorgewölbt, auf Druck nicht empfindlich; die Anschwellung fühlt sich in ihrem oberen Theile elastisch weich an und bietet Fluctuationsgefühl, in ihrem unteren ist sie härtlich und uneben. Der Perkussionsschall stark gedämpft, besonders in der Regio colica sinistra; bei Lageveränderungen ändern sich die Percussionsverhältnisse nicht.

Am linken Unterschenkel allein etwas Oedem, sonst nirgends. An den äusseren Genitalien nichts bemerkenswerthes.

Die Exploratio interna lässt den Muttermund sehr hoch stehend und nur als flaches Grübchen und zwei härtliche Knollen durch das Gewölbe am Collum Uteri fühlen. Die Leistendrüsen sind nur wenig angeschwollen. Urin ist seit 24 Stunden nicht gelassen worden, wird durch den Katheter entleert, kommt blutig gefärbt heraus, reagirt schwach sauer, hat einen stinkenden Geruch.

Motilität. Das Gehen ist wegen allgemeiner körperlicher Schwäche unmöglich, im Bette werden Füsse und auch die Arme frei bewegt. Die Pupillen sind sehr eng (Morphium-Einspritzung ist vorhergegangen) und gleich. Die Zunge kommt gerade heraus.

Ueber Sensibilität und Sinnesorgane lässt sich nichts Genaues angeben, doch scheinen grobe Störungen nicht vorhanden zu sein.

Das psychische Verhalten anlangend, so zeigt sich Patientin für Fragen unzugänglich, liegt ruhig im Bette, schreit aber laut: „Charité 1865“ (was sie auf dem Bezuge liest), später verkriecht sie sich unter die Bettdecke und schwatzt darunter hervor, indem sie lebhaft mit den Händen gestikulirt und beständig dieselben Worte wiederholt: „Sie hat gelogen ... 85 Jahre ... es ist nicht wahr ... sie hat alte Vorurtheile“ und ähnliche gleich sinnlosen Inhalts. Zwischendurch fragt sie auch einmal, ob sie Aerzte vor sich habe und drückt in ihren Geberden Schamgefühl aus. Nahrung hat sie zu sich genommen. — Im Voraus sei hier gleich ein für alle Male bemerkt, dass während des ganzen weiteren Verlaufes niemals eine Temperatur-Erhöhung zu constatiren war und dass weder von Krämpfen noch, mit Ausnahme einer Pupillendifferenz sub finem, von Lähmungserscheinungen jemals eine Spur sich zeigte.

7. Weiterer Verlauf.

Schlief nach einer Morphium-Einspritzung bis gegen 5 Uhr, nachher wurde sie wieder unruhig, sträubte sich zu essen, liess sich mit einigem Zwang zur Aufnahme von Milch bewegen, die sie indess später ausspie. Nachmittag liegt sie mit über den Kopf gezogener Decke und schwatzt halb pathetisch, halb kindlich, immer die Arme bewegend: „Nachmittag ... viel Bosheit ... Nachmittag ... das ist ja aber kein Unglück ... Nachmittag habe ich gestern gesagt ... Nachmittag habe ich gestern gesagt ... Nachmittag ich bitte darum ...“ etc.

8.

Puls 76 — 88. Hat bis 1 Uhr Nachts viel gesprochen, schlief bis 5 Uhr und begann dann wieder zu schwatzen. Morgens spricht sie mit leiser, flüsternder Stimme in verwirrter Weise, gestikulirt dabei, berücksichtigt aber ihre Umgebung. Einmal fragt sie selbst: „Wen habe ich vor mir?“ und entgegnet, als ihr bemerkt worden „Einen Arzt“, „Ja, weil ich bin wahnsinnig.“ — In den abgerissenen Sätzen die sie spricht, wiederholen sich oft die Worte

„Bosheit“ und „Nachmittag“. Sie hat gegessen, den Urin unter sich gelassen. Abends tritt grosse Unruhe ein, sie löst ihr Haar, zerreisst ihr Bett, spricht desultorisch, ruft häufig: „Fünf Millionen hängen an der Wand, ist es möglich!“

9 und 10.

Auf Injectionen erfolgte guter Schlaf. Patientin ist ruhiger geworden, spricht leise vor sich hin, wischt sich mit ihrer Bettdecke häufig die Zunge. Auf Fragen achtet sie meist gar nicht, zuweilen geht sie darauf ein: „Ich heisse nicht Frau Kürig, ich heisse Ungnade ... da ist weder Ungnade noch Undank ... ich habe belogen noch betrogen etc.“ Die Nahrung verweigert sie hartnäckig und speit Alles aus, was man ihr reicht. Das Oedem des linken Beines und die hydropische Anschwellung des Unterleibes haben zugenommen; auf der Oberlippe zeigt sich ein Herpes.

11, 12, 13.

Schläft auch am Tage viel, ist vollkommen ruhig, gibt einzelne sachgemässe Antworten mit sehr leiser Stimme „um nicht zu stören.“ nickt auch wohl zum Zeichen, dass sie verstanden habe, mit dem Kopfe. Zuweilen fängt sie jedoch; wenn man sich mit ihr beschäftigt, ihr wirres Faseln wiederum an, erzählt vom „letzten Gedanken“, wobei sie ihr entblösstes linkes Knie zeigt, oder antwortet durch ein eigenthümliches Blöken. Isst, lässt den Urin in's Bett, leidet stark an Verstopfung.

14, 15, 16.

Liegt ruhig im Bett, hat einen Gesichtsausdruck als verwunderte sie sich über Etwas, spricht, ohne den Mund zu öffnen, geziert, undeutlich und wirr, klagt, dass man ihr nichts zu essen gegeben habe, während sie Alles ausspuckt, was man ihr reicht. Sie musste schliesslich mit der Schlundsonde gefüttert werden, wobei sie mit Händen und Füssen sich kräftig wehrte, sehr aufgebracht schien und heftig raisonnirte.

17.

Patientin isst zuerst Nichts und muss gegen Mittag mit der Sonde gefüttert werden, eine Stunde darauf nimmt sie ihr Mittagessen mit grossem Behagen zum ersten Mal seit 3 Tagen von selber. Gegen Abend liegt sie ruhig da und ruft mit glückausdrückendem Antlitz: „Ich bin so glücklich ... ich kann es Ihnen gar nicht sagen ... ich bin so glücklich über meine Gesundheit!“ Auf einige Fragen antwortet sie alsdann sachgemäss, schwatzt aber im Uebrigen gleich in gewohnt desultorischer Weise weiter.

18.

Hat Nachts gar nicht geschlafen, sondern beständig leise vor sich hin gesprochen. Am Morgen schweigt sie fast gänzlich, sieht sich wie erstaunt nach allen Seiten um, zupft an der Bettdecke, flicht sich die Haare auf und dann wieder zusammen. Nur einmal entgegnete sie auf die Frage nach ihrem Befinden: „Ich danke, es geht“. Sie verweigerte die Nahrung und musste am Abend wiederum gefüttert werden.

19.

Verhielt sich heute Nacht wie gestern sehr unruhig, beantwortet am Morgen einzelne Fragen sachgemäss, verfällt aber dann in ihr gewöhnliches Geschwätz. Sie weigerte sich zu essen, war am Nachmittag sehr laut, schrie, schlug um sich und behauptete, die Wärterin habe 8 Personen vergiftet.

Abends fragt sie mit eigenthümlich heiserer Stimme wiederholt, ob die achte noch gemordet würde, geht kaum momentan auf Fragen ein, die ihr oft und eindringlich wiederholt werden (so auf die Frage, ob ihr etwas weh thue: „Nein, alles gut"), sondern schwatzt ganz abgerissen und ohne einmal die Worte richtig zu ordnen unter Anderem, dass sie todt sei, dass sie versucht habe, ein Menschenleben durchzubringen, dass ihr Leben 2 Perioden habe und dergleichen mehr.

20.

Hat die ganze Nacht ununterbrochen geschrieen, spricht auch am Morgen mit lauter kreischender Stimme, sie sei todt, vergiftet, der letzte Gedanke falle ins Meer, flucht und schimpft. Sie berücksichtigt dabei häufig ihre Umgebung, antwortete auch einmal auf die Aufforderung zu essen: „Ich kann ja nicht". Die Nahrung verweigert sie hartnäckig. Das Oedem des linken Fusses hat zugenommen.

21.

Schreit seit 4 Uhr Morgens ununterbrochen mit heiserer, kreischender Stimme, spuckt und sprudelt Alles aus, ruft es sei Gift, schlägt auch zuweilen um sich, schilt beständig: „Altes Aas! Altes Aas!" Bei der Zwangsfütterung tritt Ohnmacht ein.

22.

Hat Nachts ruhig gelegen, aber wenig geschlafen, sieht collabirt aus, hat glanzlose Augen, durch Eiter getrübte Conjunctivae, Bronchokatarrh, kleinen Puls 96. Am Abend isst sie von selber ein wenig. Ihren Mann, der sie besuchte, erkannte sie nicht und fragte, ob dies ihr richtiger Mann sei.

23.

Schlief die Nacht gar nicht, sprach sehr viel, ist viel klarer als in den letzten Tagen, weiss, dass sie in der Charité ist, verlangt von selber nach allerlei kleinen Bedürfnissen zum Beispiel nach einer „guten Tasse Kaffee", meint, sie habe Nachts Hitze gespürt und desshalb nicht schlafen können, klagt über Schwäche, spricht Hoffnung auf Besserung aus, begründet die Verweigerung der Nahrungsaufnahme damit, dass sie beim Essen Schmerz und auch keinen Appetit verspürt habe etc. Im Laufe der Unterhaltung schweift sie aber wieder ab, spricht davon, dass sie nach Boston fahren wolle und dergleichen mehr. Puls 88, sehr klein, aussetzend.

24.

Fühlt nach ihrer eigenen Angabe keine Schmerzen, spricht ziemlich klar, isst mit Behagen. Die linke Pupille ist weiter als die mittelgrosse rechte.

Nachmitags $3\frac{1}{2}$ Uhr erfolgt der Tod.

Autopsie (Dr. Roth).

Sehr starke Abmagerung; auf dem Os sacrum ein flacher Decubitus. Das Abdomen durch einen kugligen bis über den Nabel reichenden Tumor vorgewölbt, der vielfach mit der vorderen Bauchwand, den Dünndärmen und dem S. romanum Verwachsungen eingegangen ist, eine grosse Menge chokoladenfarbener Flüssigkeit entleert und für ein Kystom schliesslich erkannt wird, dessen Ausgangspunkt das rechte Ovarium bildet. Am Collum uteri rechter-

seits zwei knollige Fibrome. An den übrigen Organen des Unterleibes nichts Bemerkenswerthes.

Die linke Lunge durch zahlreiche Pseudomembranen adhärent, stark ödematös, im oberen Lappen sparsame, im unteren sehr reichliche bronchopneumonische, zum Theil graurothe, zum Theil graugelbe Infiltrationen. Im Wesentlichen dasselbe findet sich in der rechten Lunge, im Hauptaste deren Pulmonalarterie ein parietaler, 1/2 Zoll langer adhärenter Thrombus sitzt. Das Herz ist klein, die Muskulatur von brauner Färbung, die Klappen im Allgemeinen diffus verdickt.

Die Dura des Rückenmarkes liegt demselben eng an, ist im Halstheil verdickt, bietet sonst nichts Besonderes. Die Pia spinalis auf der Rückfläche des Brust- und Lendentheiles mit sparsamen Knochenplättchen besetzt, zeigt mässige Gefässfüllung. Das Rückenmark selber hat gute Consistenz und ist in beiden Substanzen blass. — Schädel dolichocephal, ziemlich dick, nur am Os frontis durchscheinend; die Innenfläche mit einer gleichmässigen feinen Osteophytlage überzogen. Die Crista occipitalis interna liegt in ihrem oberen Theile etwas nach rechts und weicht gegen das foramen magnum, wo sie ausserordentlich stark entwickelt ist, nach links hin ab. Die Dura ist an der Convexität diffus verdickt, ebenso die Dura der Basis, welche in der vorderen und mittleren Schädelgrube fest am Knochen haftet.

Die Falx ist in ihrem vorderen Umfang gefenstert und trägt auf ihrem hinteren Theile, rechterseits, an den Spitzen der Hinterhauptslappen ein mit der Pia der rechten Hemisphäre verwachsenes, frei bewegliches plattes Knochenstück von unregelmässiger Gestalt und ca. 1/2 Zoll Höhe, 1 1/4 Zoll Länge und an der stärksten Stelle 1/4 Zoll Dicke.

Die Pia ist an der Convexität milchig getrübt, die Gefässe der Basis zeigen sparsame, umschriebene, weissliche Verdickungen.

Das Gehirn etwas feucht und blass, übrigens von guter Consistenz. In der hinteren Spitze des linken Grosshirnlappens ein scharf umschriebener, auf die graue Substanz eines ganzen Gyrus sich erstreckender gelber Erweichungsheerd, ein ganz ähnlicher kleiner im oberen Umfang des linken Schläfenlappens, ein dritter an dessen Spitze, ein vierter, sehr kleiner, anscheinend einem kleinen Gefässe folgend, im Corpus striatum der linken Seite. —

Soweit das Obductionsprotokoll.

Schon bei frischer Untersuchung der Rinde war es in hohem Grade aufgefallen, dass nicht nur die oben vermerkten Heerde Körnchenzellen enthielten, sondern dass auch andere, dem äusseren Ansehen nach ganz normale, oder ganz leicht röthlich verfärbte Stellen, die man zuerst der Vergleichung halber entnommen hatte, von solchen völlig durchsetzt waren. So fand sich beispielsweise auch auf der für intact gehaltenen rechten Hemisphäre im Stirnlappen, hart an der Scissur, ein ziemlich grosser, bis in die weisse Substanz hineindringender Heerd und in der linken deren mehrere an den verschiedensten Stellen der Hirnoberfläche. Aber erst nachdem einzelne Stücke mit der Deitersschen Lösung von chromsaurem Kali einige Zeit behandelt worden waren, markirten sich die Heerde in höchst cha-

rakteristischer Weise, entsprechend den Angaben Westphals über die durch dieses Mittel bewirkten Farbenveränderungen bei den Körnchenzellendegenerationen des Rückenmarks. Auf dunkelmeergrünem Grunde, welchen Farbenton bekanntlich die normale Rinde bei dieser Behandlungsweise gewinnt, traten nämlich grössere und kleinere schwefelgelbe Sprenkel hervor: Heerde, die Körnchenzellen in dichten Massen enthielten. Auf diesen gelben Flecken konnte man leicht eine Menge feiner, schwarzer Punkte bemerken, welche den von der Pia her sich in sie einsenkenden Gefässen entsprachen. Schnitt man hier senkrecht zur Oberfläche so ein, dass auch das anstossende, anscheinend normale Gewebe mit überblickt werden konnte, so sah man selten einen scharfen und plötzlichen, am häufigsten vielmehr einen allmähligen Uebergang in der Weise, dass der dunkelgrüne Rindensaum nach und nach bis selbst auf den vierten Theil und mehr der normalen Breite sich verschmälerte und als dünner, hellgrüner Streif endlich vollends in den gelben Erweichungsheerd sich verlor.

Mikroskopischer Befund.

Im Rückenmark, Hirnstamm und Kleinhirn, von mässigen Gefässverkalkungen abgesehen, nichts Bemerkenswerthes (J. Sander). Sowohl in der Pia der Rinde, deren Verdickung sich durch das Auftreten eines stark faserigen, stellenweis von vielen gröberen, netzförmigen Bündeln durchzogenen Gewebes bedingt zeigte, als auch in der Hirnrinde selbst allenthalben, insbesondere in den Erweichungsheerden, waren die Gefässe, die frisch untersucht wurden, bald mehr, bald weniger stark krankhaft verändert. Häufig war die Adventitia durch ein welliges, der Längsachse parallel laufendes Bindegewebe verstärkt, was besonders an den Uebergangsgefässen hervortrat, in den Heerden waren an ihnen die Kerne der Ringfaserhaut oft undeutlich und spärlich, die Capillaren von eigenthümlichen, linienförmigen Zeichnungen bedeckt, wie mit Fäden umsponnen, hie und da auch mit Kalkkrümeln besäet. Eine sehr ausgedehnte Verkalkung fand sich besonders in der Media, aber auch in der Adventitia vieler kleinerer und grösserer Gefässe. Hier war der Kalk in feinen Körnchen und Bröckeln oft so dicht angehäuft, dass dieselben wie dicke schwarze Striche sich ausnahmen und ein Lumen auf Strecken gar nicht erkennen liessen; selten fand sich vor diesen Strecken eine immer nur geringe aneurysmatische Erweiterung vor. An anderen Stellen bemerkte man kleinere Gefässe von unregelmässigen groben schwarzen Schollen bedeckt, an noch anderen mit rundlichen, hellen Körnern besetzt, die perlschnurartig an einander gereiht waren.

Die letztere Veränderung an den Capillaren eines Erweichungsheerdes in der Stammstrahlung des Corpus striatum zeigt Tafel VIII. (Hartnack Obj. 7 Oc. I.), für deren Zeichnung, sowie für alle folgenden Herrn Dr. Obermeier herzlicher Dank abgestattet sei. Der Kalk fand sich endlich auch frei in Körnern zusammengelagert an verschiedenen Stellen in der Rinde, in der weissen Substanz und auch in der Pia. Ueberall löste er sich auf Zusatz von HCl. ohne besondere Gasentwickelung, erwies sich demnach wesentlich als phosphorsaurer.

Bei der Untersuchung der Hirnrinde ergab ein Vergleich zwischen den hier als normal sich darstellenden Partieen und homologen, den Hirnen geistig nicht krank gewesener Individuen entnommener Stellen keine erkennbaren Unterschiede. Nur waren die Ganglien etwas stark pigmentirt, was bei einer Person dieses Alters nichts Ungewöhnliches ist.

Die Heerde waren von zerstörten Nervenfasern und, wie dies bereits bemerkt worden, von Körnchenzellen bis an die äusserste Peripherie durchsetzt. Schon durch leisen Druck waren dieselben aus dem Gewebe zu entfernen und liessen ein starres, vielfach verzweigtes Gefässnetz als Stützgerüst zurück. Sie hatten die gewöhnliche runde Form, waren in der weissen Substanz meist grösser als in der Rinde und in beiden oft mit Kern und häufig auch mit kurzen, spitz zulaufenden, kuppenartigen Fortsätzen versehen. — Daneben fanden sich selten wohlerhaltene Ganglien mit kurz abgebrochenen Fortsätzen, noch seltener andere, die ihre characteristische Form und einzelne kurze Fortsätze behalten hatten, im Uebrigen aber durchaus Körnchenzellen glichen, insofern sie wie diese durch eine Anfüllung mit feinen, das Licht stark brechenden Körnchen ein opakes Aussehen gewonnen hatten.

Am interessantesten stellte sich der Befund aus den oben beschriebenen hellgrünen Uebergangsstellen dar. Hier wurde die erste Rindenschicht gewöhnlich gänzlich vermisst und man stiess bei feinen, der Oberfläche parallelen Schnitten sogleich auf Ganglien, ungeachtet die Pia sich glatt abgezogen hatte, und an dem Contour der Oberfläche anscheinend Nichts fehlte. Wo jene Schicht sich aber dennoch vorfand, da war sie reichlich mit rundlichen, scharf abgegrenzten, mehr weniger glänzenden Körpern besetzt, die sich durch die entsprechenden Reactionen theils als Corpora amylacea, theils als Kalkkörner auswiesen. Beobachtete man solche Stellen bei schwacher Vergrösserung, so sah man die Ganglien reihenweise wie sonst, aber meist ganz ungewöhnlich dicht an einander gelagert, so dass dünnere Schnitte hier, beträchtlich dickeren von den normalen Theilen an Ganglienzahl gleich kamen, oder sie selbst übertrafen; die Zwischensubstanz erschien zugleich compacter, leicht streifig, ohne deutliche Nervenbündel in der dritten Schicht. Diese Verhältnisse zeigt Fig. 1 auf Tafel IX. (H. 4 III.), welche einen Schnitt durch den äusserst schmalen Rindensaum eines kleinen Sulcus darstellt, dessen Gyri gänzlich degenerirt waren und den demnach, wie dies in der Zeichnung angedeutet ist, Körnchenzellen im Halbkreise umgeben. Bei schärferer Vergrösserung erkannte man zunächst offenbare Veränderungen der Ganglienkörper mannigfachster Art. Bald lagen nämlich in reihenweiser Anordnung neben einzelnen Ganglien, an denen sich Nichts aussetzen liess, blosse Pigmentschollen ohne bestimmte oder in länglicher Form, bald grössere oder kleinere Pigmentkörner zu einem kleinen Flecke zusammengehäuft, unter ihnen manchmal ein den anderen Ganglienkernen durchaus ähnlicher Kern; dazwischen, insbesondere in der Nähe der Markleiste, grosse Ganglien mit starken Fortsätzen von eigenthümlich starrem, matt glänzendem Aussehen, mit einem grossen gewöhnlich noch stärker glänzenden Kerne versehen, der häufig bis fast an die Peripherie des Körpers reichte. Es entsprachen diese Veränderungen am meisten denen, welche Virchow bei den Ganglien der Netzhaut vorfand und als „Sklerose" bezeichnete (cf. Virchow's Archiv Bd. X.), woselbst er in einer beiläufigen, wie es scheint, wenig beachteten

Notiz das Vorkommen sklerotischer Zustände der Ganglien im weiteren Umfange gelber Erweichungsheerde des Gehirns in der Corticalsubstanz bereits signalisirt (p. 178).

Andere Veränderungen der Ganglien schlossen sich bekannteren weniger gut an. Man sah sie nämlich unförmlich, gross und klein, mit und ohne Kern und Fortsätze, bald stark, bald schwächer pigmentirt, oft mit verwaschener Peripherie. Vielleicht sind dies dieselben Degenerationen, die Rokitansky (Lehrbuch der pathologischen Anatomie Bd. II. p. 472 und 473) als colloide beschreibt, dessen Abbildung auf Seite 472 den Fig. 1 und 2 auf Tafel IX. überhaupt in auffallender Weise entspricht. Endlich fanden sich, selten zwar, aber unzweifelhaft, auch die als Annäherungen an Körnchenzellen oben bereits beschriebenen Zustände, neben wirklichen Körnchenzellen, die an Grösse die Gliakerne übertrafen. Allenthalben erschienen die Ganglien, wiewohl sie in Reihen lagen, doch aus jedem Zusammenhange gelöst, nicht, wie im normalen Gewebe, in der Structur desselben verrechnet. — Denn, wie complex auch der Bau der Rinde in den verschiedenen Schichten und wie sehr fraglich die Natur vieler sie zusammensetzender Elemente sein möge, der Gesammteindruck, den man bei dünnen Schnitten erhält, ist immer der, dass in einem scheinbar homogenen, lockeren, am besten frisch gefallenem Reife vergleichbaren Grundgewebe, das keinesweges, wie vielfach angenommen wird, durch Behandlung mit Chromsäure-Präparaten faserig zerfällt, Ganglien, Nervenfasern und zellige Gliaelemente jeder Art in einer gewissen Ordnung liegen. Ausserdem gibt es eine Menge theils gerader, theils geschwungener, verzweigter und mit einander verflochtener Fasern und feinster Fäserchen, erstere insbesondere in der ersten, letztere in der dritten Schicht häufig, die von den meisten Forschern gleichfalls noch der Glia zugezählt werden, bei welchen aber eine Entscheidung oft ausserordentlich schwer, ja unmöglich wird und bei denen, insoweit sie Netze bilden, die Möglichkeit vorliegt, dass sie Kunstproducte seien. Fig. 3 Taf. IX. (H. 8. III.), der dritten Schicht in nicht zu grosser Entfernung von der Markleiste entnommen, zeigt einen Schnitt von dieser normalen Structur, und man erblickt in dem lockeren, reifartigen Grundgewebe wohl erhaltene Ganglienkörper mit Fortsätzen und aufsteigende Nervenbündel, zwischen welchen ein Netzwerk geschwungener Fasern sich andeutet. Ein Schnitt, von demselben gehärteten Rindenstücke, aber aus einer ca. 3/4 Zoll von dem ersten entfernten Uebergangsstelle und ungefähr in gleicher Entfernung von der weissen Substanz, zeigt ein ganz anderes Aussehen der Glia, welches, da dieser Unterschied natürlich hier nicht durch eine differente Behandlungsweise hervorgerufen sein kann, wie die Ganglien-Veränderung, als „pathologisch" bezeichnet werden muss. Man sieht ein dichtes, wie von Fäden durchwirktes Gewebe, keine Nervenbündel, aber neben vielen wohl erhaltenen Nerven eine dichte Menge fast immer unverzweigter, gerader, haarscharfer Fäden, von meist einfachem Contour, sich durchflechten, zuweilen wellig und parallel verlaufend, dann bis zu einem gewissen Grade lockerem Bindegewebe ähnlich. Die lockere Grundmasse ist spärlicher geworden, häufig fein bröcklig, die Ganglien auf den verschiedensten Stufen der oben beschriebenen pathologischen Veränderungen angelangt (Fig. 2 Taf. IX. der obere Rand des Präparates ist ausge-

fasert, um die betreffenden Elemente isolirt zu zeigen; dieselbe Vergrösserung wie Fig. 3).

Eine Entscheidung, ob diese neu aufgetretenen Fasern Nerven, vielleicht in atrophischem Zustande waren, oder ob sie der Glia angehörten, konnte nicht gefällt werden. In jedem Falle aber erklärt sich durch ihr Vorhandensein die auffallende Verschmälerung der Rinde. Sind es nämlich Nervenfasern, so muss ein Schwund oder ein Zusammenfallen der schwammigen Grundmasse angenommen werden, wodurch die Masse compacter erschien, die Netze verschwanden und Nerven und Ganglien dicht an einander gerückt wurden. Sind es dagegen, wie nach dem subjectiven Eindrucke mit grösserer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, neu entstandene Bindegewebsmassen, durch welche die Corticalsubstanz gleichsam contrahirt wurde, so gibt dieser Umstand ein bisher noch wenig beachtetes Moment für die Bedeutung ab, welche die chronische Entzündung bei den Hirnerweichungen einnimmt. —

2.
Zwei Fälle von Delirium potatorum.

Von

Dr. Wilhelm Sander.

A.

Ida Bl., eine 29jährige der Prostitution ergebene Person, welche aus gesunder Familie stammt, ist ihren Angaben nach nie wesentlich krank gewesen; auch ergiebt die Untersuchung des Körpers keine wesentliche Abnormität. Die im 11. Lebensjahre bereits eingetretene, bisher regelmässige Periode fehlt seit drei Monaten. Für gewöhnlich dem Genuss geistiger Getränke nicht ergeben, trank sie in der Nacht vom 23. zum 24. November (wie es scheint, zuerst in der Absicht, die fehlenden menses wieder in Fluss zu bringen) 11 bis 13 Seidel Bier, dazwischen einige Gläser Rothwein und wahrscheinlich auch, schon im Rausche, so dass sie das Bewusstsein davon nicht hatte, ein paar Gläschen Cognac. Am folgenden Tage fühlte sie sich sehr unwohl und blieb desshalb zu Hause. Am 25. ging sie zur polizeiärztlichen Untersuchung in der Absicht, sich wegen scabies nach der Charité schicken zu lassen, was auch geschah. Vom 25. nun bis zum 27. Abends, während welcher Zeit sie Einreibungen mit Bals. peruv. brauchte, verhielt sie sich in keiner Beziehung auffällig. Erst am Abende des 27. November begann sie unruhig und ängstlich zu werden; sie sprach von einem Hasen, an den sie gestossen und den sie gesehen; sie wollte nicht zu Bett gehen, wollte hinaus, machte hastige Bewegungen, suchte und griff herum, sah später dann Krebse, Fische, Schlangen und andere Thiere, hatte ausgesprochenen tremor der Hände, kurz sie bot alle Symptome des delirium potatorum. Dieses Delirium hielt nach Aussage ihrer Umgebung die ganze Nacht an, so dass sie überwacht und befestigt werden musste. Da sie auch des Morgens noch delirirte, so wurde ihre Verlegung in das Deliranten-Zimmer beantragt. Als ich sie hier gegen 12 Uhr Mittags sah, schlief Patientin bereits ruhig, schwitzte in mässigem Grade und war beim

Erwachen frei von Delirien. Sie gab nun ausser dem oben in der Anamnese Erwähnten noch Folgendes an: Sie sei in der Nacht gegen zwei Uhr aufgewacht, habe sich unwohl gefühlt, sei desshalb aufgestanden, aber von einem Gefühl von Schwindel und Angst ergriffen worden. Als sie wieder ins Bett gegangen, liess das Schwindelgefühl nach; sie sah aber rings herum in der Luft und auf ihrem Bett eine Menge von Krebsen, Schlangen, Käfern u. dgl. herumkriechen. Nach zwei Stunden (die Zeit der Sinnestäuschungen kam ihr offenbar kürzer vor, als sie wirklich war) sei sie eingeschlafen, und beim Erwachen habe sie nur noch Kreuzschmerzen gefühlt; es sei zugleich die Periode eingetreten gewesen; das Gefühl von Schwindel habe sie immer vor dem Eintritt der Periode.

Patientin blieb noch einige Tage in Beobachtung und zeigte ein ganz normales Verhalten; auch die Periode verlief in jeder Beziehung regelmässig. Als ich sie vor ihrer Entlassung noch einmal über ihre Delirien fragte und namentlich auf den Hasen zu sprechen kam, den sie gesehen haben sollte, wiederholte sie das schon oben Angegebene und fügte noch Folgendes hinzu. Als sie am Abende des 27. auf einem Stuhle sass und damit schaukelte, kam es ihr vor, als ob ihr Fuss gegen einen weichen Gegenstand stiesse. Sie blickte unter den Tisch und sah einen dreibeinigen Hasen, den sie darauf zur Thür hinauslaufen sah. Dabei hörte sie vor der Thür einen Mann sagen: „Der Hase läuft hier alle Jahre durch." In der Nacht dann habe sie lebhaft von einem Manne und von dem Hasen „geträumt". Während Patientin alle späteren Sinnestäuschungen als solche anerkennt und unbefangen darüber lacht, behauptet sie ganz fest, den Hasen wirklich gesehen zu haben, obgleich sie selbst die Unwahrscheinlichkeit, einen Hasen in der Charité zu sehen, einräumt. Sie meint, wahrscheinlich habe ihn Jemand in das Zimmer hineingelassen. —

B.

O. Kr., Candidat der Theologie, 25 Jahr alt, stammt von einer Mutter, welche nach seiner Geburt geisteskrank war. Er selbst litt in den Kinderjahren an „Beklemmung der Brust", war immer etwas excentrisch und namentlich in der Studentenzeit etwas leicht. In dieser Zeit trank er auch ziemlich viel Bier. Nach Absolvirung der Studien fungirte er zwei Jahre als Hauslehrer, und soll sich in dieser Zeit durchaus gut geführt, namentlich frei von Excessen in Bacho gehalten haben. Nachdem er seiner Familie einen Besuch in den Weihnachtstagen abgestattet hatte, kehrte er in seine Stellung zurück und passirte dabei Berlin, wo er noch einige Tage bis zum Ablauf seines Urlaubes zuzubringen gedachte. Am 5. Januar hier angelangt, begann er mit einigen früheren guten Freunden ein ziemlich wüstes Leben zu führen, vergass darüber den Ablauf seines Urlaubes, brachte sein Reisegeld durch und sah sich dadurch veranlasst, noch länger hier zu verweilen. Er trank in der Zeit vom 5. bis zum 17. Januar sehr viel alkoholische Getränke, hauptsächlich Bier (zuerst 6—8 Seidel täglich, später mehr Weissbier), aber auch Schnaps; er erinnerte sich später, einmal viel Schnäpse getrunken zu haben. Während er zuerst noch ordentlich essen konnte, verlor sich später der Appetit; er fühlte sich vom 15. ab unwohl, trank Grogk, weil ihm der Magen kalt war;

am 15. und 16. fand er sich des Nachts gar nicht in sein Logis ein. Am 17. kam er zu einem früheren Bekannten, der von den Eltern beauftragt worden war, ihn aufzusuchen und ihn in Aufsicht zu nehmen. Er erhielt hier Briefe, in denen der Zustand seines kranken Vaters (absichtlich übertrieben) gefahrdrohend geschildert wurde. Er brachte ein Terzerol mit und drohte, sich damit zu erschiessen, wenn ihm die Eltern nicht verzeihen sollten, so dass ihm dasselbe abgenommen wurde. An demselben Tage schrieb er nach Hause, bat um Verzeihung und um Geld, um in seine frühere Stellung zurückkehren zu können. Er klagte am Tage über Unwohlsein, griff in die Luft, sah starr vor sich hin; in der Nacht dagegen verhielt er sich ruhig, obgleich er seinen späteren Aeusserungen nach schon viele Sinnestäuschungen hatte. Am 18. erschien Patient hin und wieder in seinem Benehmen auffällig; er klagte über Magendrücken und Uebelkeit; hatte auch schon Zittern. Am Abend kam er spät nach Hause, ass mit gutem Appetit und ging zu Bette; er blieb wieder ruhig, obgleich er nach seiner späteren Erzählung wieder viel Sinnestäuschungen hatte, bis zum Morgen. Gegen 4 Uhr (am 19.) Morgens wurde er unruhig, sprang plötzlich aus dem Bette, griff seinen Schlafgenossen an, sagte, er habe seinen Vater gesehen, derselbe müsse jetzt gestorben sein, verlangte auch den Schlüssel zur Kommode, in welcher das Terzerol lag, und war sehr ängstlich und unruhig. Er schien unangenehme Empfindungen im Leibe zu haben und steckte den Finger in den Rachen, als ob er sich übergeben wollte, ohne dazu kommen zu können. Die immer mehr sich steigernde Aufregung veranlasste noch am Morgen des 19. seine Aufnahme in die Charité.

Bei der Aufnahme ergab die Untersuchung der inneren Organe nichts Abnormes; es fand sich eine Gonorrhoe, die Patient sich in den letzten Tagen zugezogen hatte. Puls 80, Temperatur etwas erhöht; mässiger Schweiss; Zunge ziemlich stark belegt. Patient zeigte eine gewisse unruhige Hast in allen Bewegungen, hin und wieder Zucken einiger Muskelgruppen, ziemlich starken tremor der Hände, der Lippen und der Zunge, Vibriren der Augenlider beim Schliessen, die rechte Pupille etwas weiter. Patient erscheint Anfangs nicht sehr erregt; er setzt sich, dazu aufgefordert, mit dem Arzte hin und lässt sich in ein langes Gespräch ein, in welchem er auf Befragen nicht nur einzelne der oben angeführten anamnestischen Angaben macht, sondern auch seine Sinnestäuschungen sehr ausführlich erzählt, wobei er nur zuweilen etwas abschweift, durch Zwischenfragen aber leicht wieder zurückzuführen ist. Diese Hallucinationen sollen weiter unten im Zusammenhange angeführt werden. Interessant ist es, dass Patient alle diejenigen Sinnestäuschungen, welche er in der Nacht vom 17. zum 18. und in der letzten Nacht bis Morgens gegen 4 Uhr hatte, als solche anerkennt und sie als „Phantasmen" bezeichnet, auch darüber zuweilen lacht und angiebt, dass er sie nach seiner Stimmung und seinen Gedanken hervorrufen konnte. Dagegen aber hält er an der Realität der nach 4 Uhr aufgetretenen Hallucinationen fest; eine weisse Gestalt, die er gesehen, habe ihm den Tod seines Vaters verkündet; er glaube zwar nicht mehr, dass derselbe schon um die Zeit des Auftretens dieser Gestalt gestorben sei, sondern er werde, wie es die Erscheinungen durch Zeichen angedeutet haben, erst morgen um dieselbe Stunde (5 Uhr 10 Min.) sterben. Man habe ihm desshalb mitgetheilt, er müsse heut Abend aus dem Fenster steigen, aus der Charité entfliehen, eine Droschke nehmen und zu seinem Vater eilen.

Während Patient dies erzählt, hallucinirt er beständig fort, ohne scheinbar eine Erregung zu zeigen: er sieht auf der Erde allerlei Figuren, sieht starr zum Fenster hinaus und sagt: „Jetzt sehe ich, dass ich den ganzen Tag geträumt habe; denn jetzt sehe ich deutlich, dass dort eine Droschke steht, die mit 1—2—3—4—5—6—8 Pferden bespannt ist, nein mehrere Droschken" und dergl. mehr. —

Die Zeit relativer Ruhe dauerte nicht lange. Bald stellte sich eine bedeutende Erregung und Unruhe ein und Patient bot nun zwei Tage lang das Bild eines hochgradigen Delirium tremens dar, wobei es nicht mehr gelang, ihn in ein Gespräch zu verwickeln und ein objectives Urtheil über seine Sinnestäuschungen zu erhalten. Die Krankheit verlief regelmässig, ohne weiteres Interesse zu bieten, und Patient konnte am 31. Januar als geheilt entlassen werden.

Als er schon genesen war, schrieb er mir auf meine Bitte seine „Visionen" nieder, und ich halte dieselben für interessant genug, um sie hier zu veröffentlichen. Diese schriftliche Aufzeichnung stimmt vollständig mit der Erzählung überein, die er bei seiner Aufnahme wie oben erwähnt davon machte, nur dass sie mehr zusammenhängend und ausführlicher ist.

Visionen.

Traurige Nachrichten über das Befinden meines kranken Vaters hatten mich bei meinem ohnedies überaus aufgeregten Zustande fast zur Verzweiflung gebracht. Nähere Erkundigungen einzuziehen begab ich mich nach der Wohnung meines früheren Wirthes, welcher mir jene Nachrichten überbracht hatte. Den ganzen Tag über befand ich mich bei ihm in einem vollkommen apathischen Zustande, jedoch bei vollständiger Besinnung und erhoffte von der Ruhe der Nacht eine Besserung in meinem vermeintlich catarrhalischen Leiden. Was ich jedoch von jener Nacht erhofft, was ich mit Sehnsucht herbeigewünscht hatte — einen sanften, stärkenden Schlaf — ich hatte mich bitter getäuscht. Ueber meinem Bette war hoch in der Wand ein kleines Fenster, durch das, wenn auch nur geringes, so doch etwas Licht in mein Schlafzimmer fiel. Aus diesem Fenster schienen sich (was ich damals für Wirklichkeit hielt, kann ich jetzt natürlich nur als Hirngespinste bezeichnen) Gestalten von verschiedener Form und Grösse, jedoch alle von Bedeutung für mich, hernieder zu lassen. Zuerst liess sich ein Kopf auf mich nieder bis dicht vor mein Gesicht; ein Kopf, dessen Züge die eines längst verstorbenen Freundes aus der Gymnasialzeit zu sein schienen. Voller Schrecken vergrub ich mich in die Kissen, jedoch nur so lange ich krampfhaft meine Augen geschlossen hielt, verschwanden jene Phantome, und eben so beim vollständigen Oeffnen derselben; waren dieselben jedoch nur halb geschlossen, so konnte ich sicher sein, dass keine Sekunde ohne eine neue Vision verging. Die Visionen dieser Nacht sind mir meist aus dem Gedächtnisse entschwunden; nur soviel erinnere ich mich, dass dieselben sämmtlich Schreckbilder für mich waren. In meiner Seelenangst flüchtete ich mich zum Gebete, doch gerade während des Gebetes waren die Erscheinungen am schrecklichsten. Ich sah, wie aus der Höhe knieend meine Mutter zu mir herniederschwebte und ein bleiches Antlitz über das meine sich beugte; ich sah einen Sarg von der

Decke herunterkommen gerade auf mein Gesicht zu und zu gleicher Zeit schien der Sarg wieder ein Grabmal zu sein, an dessen Fusse ein Greis mit mir unbekannten Zügen kniete; ich sah fast meine sämmtlichen Verwandten mit fahlem, todtenbleichem Angesicht auf mich herniederkommen und ob ich auch den Kopf unter die Decke vergrub, ob ich mit den Händen darnach schlug, einen Augenblick verschwanden die Phantome, jedoch nur, um im nächsten Moment mich aufs Neue zu ängstigen. Alle diese Gestalten erschienen mir in Lebensgrösse und verschwanden nur, wenn ich die Augenlider gewaltsam zusammendrückte. Die Wand war auf der linken Seite meines Bettes; kehrte ich mich jedoch nach rechts, so dass mein Blick in die Stube fiel, so hatte ich zwar auch Erscheinungen beängstigender Natur, jedoch waren dieselben nur winzig klein, vielleicht 2—3" gross, trugen jedoch mir bekannte Züge. So erinnere ich mich unter diesen kleinen Figuren zu wiederholten Malen die Schauspieler W. und H. von der K.'schen Bühne mit verzerrten Gesichtern gesehen zu haben, Erscheinungen, die sich wohl daraus erklären lassen, dass ich mit diesen in den letzten Tagen häufig umgegangen und von ihnen auch verführt worden war, den Ablauf meines Urlaubs in Berlin thörichter Weise zu vergessen. Gerade die Erscheinung des ersteren trat mir hunderte von Malen vor die Augen und ich dankte Gott, wenn wenigstens diese verzerrten Züge im Nebel zerrannen. Trotz all dieser Erscheinungen schlief ich ein. Aber bald wurde ich aus dem kurzen traumreichen Schlafe durch einen Knall geweckt, den ich in meiner Aufregung für einen Pistolenschuss hielt; ja mir däuchte, ich hätte den Feuerschein des Schusses gesehen. (Zur Erklärung dieser Einbildung sei gesagt, dass ich Tags vorher ein Doppelterzerol mir gekauft hatte zur Waffe bei den zur Zeit höchst unsicheren Wegen in meinem Daheim, dass beide Läufe geladen waren, dass ich meiner Wirthin glauben gemacht, ich wolle in meiner Verzweiflung mich mit demselben erschiessen, und dass diese in Folge dessen dasselbe confiscirt hatte). In nicht zu langer Zeit sah ich wieder einen Feuerschein und hörte einen zweiten Knall und mit diesem hatten die Schrecknisse dieser Nacht ein Ende, indem ich nun bis zum Morgen von einem sanften Schlafe umfangen wurde. Am folgenden Tage derselbe Zustand wie am vorhergehenden, mit dem Unterschiede, dass sich etwas Appetit einstellte. Am Abende ging ich mit meinem Wirthe aus und kehrte erst um 1/2 2 Uhr Nachts zurück, nachdem ich für mein Theil vielleicht 1 1/2 grosse Weisse getrunken hatte. Als ich nun zu Bett ging, war meine Stimmung im Gegensatz zu der vorigen Nacht eine höchst heitere. Ich wünschte fast die Erscheinungen derselben wieder herbei, um darüber zu lachen. Aber gerade mit dieser heiteren Stimmung wurden auch die Erscheinungen heiterer Natur. Da sah ich denn Theater und auf demselben Figuren voller Leben, aber nur von ganz winziger Grösse, ich sah Orte, wo ich einst traulich frohe Stunden verlebte, meine Couleur-Kneipe in Breslau und um die Tische vor winzigen Seideln meine alten Couleur-Brüder; ich sah mein Heimathsdorf und dort all die Plätze, wo der Knabe einst glücklich gewesen war und alle die Freunde mit denen ich einst frohe Stunden verlebt hatte. Ganz besonders vor Augen steht mir ein Saal, angefüllt mit Tänzern und Tänzerinnen, und als ich es genauer betrachte, sind es (natürlich Miniaturausgaben) die Ballettänzer und Tänzerinnen vom Corps de Ballet, dessen Ball bei Kroll ich einige Tage vorher mitgemacht hatte. — Bei

allen diesen Erscheinungen hatte ich nach und nach gemerkt, dass stets diejenigen Gestalten aus meiner Erinnerung vor meine Augen traten, mit denen sich gerade in diesem Moment meine Gedanken beschäftigten. Ich probte diese Beobachtung aus, ich gedachte eines lieben Freundes; im Augenblick war er vor meinen Augen; ich dachte an einen Lieblingsort meiner Kindheitstage, alle anderen Erscheinungen verrannen und nur dieser Ort mit den Gefährten meiner Knabenjahre ward vor meine Augen gezaubert. Nun erst zur Ueberzeugung gelangt, dass meine Phantasie die Bildnerin all dieser Visionen sei, setzte ich die Probe weiter fort, indem ich Gedichte recitirte, weil gerade dann meine Gedanken ganz und gar nur mit diesem Stoff beschäftigt waren, und eben nicht auf ein anderes Feld abschweifen konnten. Zuerst sagte ich mir leise „die Bürgschaft" her. Kaum hatte ich eine Zeile heraus, als meine Gedanken schon beim zweiten Verse waren und eine Theaterbühne vor meine Augen führten, auf welcher eine kleine wie zu einem Morde schleichende Figur wohl zu unterscheiden war. „Ihn schlugen die Häscher in Bande" im Augenblick verschwand der kleine Schleicher — er war im Getümmel einer Theatervorstellung verschwunden, an die ich wahrscheinlich durch die Scenerie erinnert wurde. Bei den letzten beiden Versen der ersten Strophe sah ich zuerst den Breslauer Ring erscheinen und im Augenblicke darauf Christus am Kreuze. Ebenso war es mit einem andern Gedichte: „Was willst Du, Fernando, so trüb und bleich? etc." — Auf einem Schiffsdecke sah ich eine Figur vor der andern knien, später grosses Getümmel von Matrosen auf diesem Schiff und komischer Weise löste sich schliesslich Alles wieder in Tänzer und Tänzerinnen auf und ebenso trugen verschiedene der vor meinen Augen vorüberschwebenden Phantome wieder die Züge jener beiden Komiker, durch deren Verführung ich eigentlich in jene verhängnissvolle Lage gekommen war. So mochte ich vielleicht einige Stunden gelegen haben, als die kleinen Figuren wie mit einem Zauberschlage verschwanden und auf einmal von der rechten Seite her eine Gestalt in Lebensgrösse vor mein Bett trat. Sie kniete nieder und faltete bittend die Hände, ich, von furchtbarer Angst gepeinigt, stosse die Gestalt von mir; sie tritt zurück und erhebt drohend die Hände — da schrie ich auf, ich meine meinen Vater zu erkennen. Von diesem Schrei erwachen meine Stubencollegen; ich zünde Licht an und erzähle ihnen meine Vision, — sie suchen zu beruhigen, das Licht wird wieder ausgelöscht — und — zum zweiten Male dieselbe Erscheinung im weissen Gewande mit geisterbleichem Gesichte. Nun schiesst mir der Gedanke durch den Kopf: „Dein Vater ist jetzt gestorben, er will seinem Sohne noch ein Zeichen geben!" — Denken, Aufschreien, um Verzeihung flehen und um den Segen des Sterbenden oder Gestorbenen war das Werk einer Sekunde. Da sehe ich die Gestalt auf den Stuhl vor mein Bett treten, segnend die Hände erheben und sie über mir ausstrecken. „Ein Zeichen, mein Vater, dass Du vergeben!" da neigt sich die Gestalt über mich und bringt ihre Hände dicht an meinen Kopf und — im nächsten Moment ist Alles zerronnen. Nun springe ich auf, ziehe mich an und stürze in das Zimmer meines Wirthes mit den Worten: „Jetzt ist mein Vater gestorben!" Kein gütliches Zureden konnte helfen, ich schrie, ich weinte — kurz, ich gerieth in Verzweiflung und nun sah ich hintereinander Figuren aller Gestalt und Grösse, welche mich zu

den verdrehtesten Thaten verleiteten, so dass meinem Wirthe schliesslich Nichts weiter übrig blieb, als mich als geisteskrank der Charité zu übergeben.

Die beiden vorstehenden Fälle bieten zunächst in ätiologischer Beziehung, wie mir scheint, einiges Interesse dar. Es ist nach der gewöhnlichen Ansicht das Delirium tremens eine Folge lange fortgesetzten, inveterirten Alkoholgenusses. Dieser Anschauung entgegen sehen wir hier bei zwei Personen die Krankheit zum Ausbruch kommen, von denen die eine nur einen einmaligen, allerdings sehr starken Excess begangen, während die andere, wenn auch oft wiederholt, doch relativ nur kurze Zeit, etwa 10 Tage sich dem Genusse alkoholischer Getränke hingegeben hatte. Von noch grösserem Interesse ist die erste Beobachtung aber desshalb, weil die Krankheit erst vier Tage nach der reichlichen Aufnahme von Alkohol ausbrach, so lange gewissermassen als Disposition im Körper latent war. Es bedurfte erst der Einwirkung, welche die nach dreimonatlicher Pause wieder eintretende Menstruation auf den gesammten Organismus hervorbrachte, damit das Delirium zum Vorschein kam. Man kann das Verhältniss auch vielleicht in der Weise auffassen, dass die Menstruation, welche ja stets ein Gefühl von Schwindel bei der Kranken hervorvorrief, dieses Mal das durch den noch wirkenden Alkohol disponirte Gehirn stärker afficirte und ein Delirium erzeugte, welches durch den noch vorhandenen Alkoholismus, so zu sagen, eine specifische Färbung erhielt. Wie man hierüber auch denken mag, so geht jedenfalls aus dieser Beobachtung hervor, dass die Wirkung des genossenen Alkohols auf das Nervensystem noch nach vier Tagen zum Vorschein kommen konnte, ohne dass in der Zwischenzeit eine Spur davon wahrzunehmen war.

Ich möchte auch noch in Betreff der ersten Beobachtung auf die kurze Dauer des Delirium aufmerksam machen, durch welche es sich in gewissem Sinne der mania transitoria anschliesst und etwas zur Kenntniss dieser schwierigen Krankheit beitragen kann. Die Aehnlichkeit tritt um so mehr hervor, als auch hier ein tiefer Schlaf am Schlusse des Delirium eintrat, und dann die Erinnerung an dasselbe, namentlich an die Handlungen während der Dauer desselben, wenn auch nicht ganz erloschen, so doch sehr getrübt erschien. — Es ist endlich noch hervorzuheben, dass die Bl. nach ihrer Genesung von der Realität der einen Sinnestäuschung, welche sie im Beginne der Krankheit hatte, überzeugt blieb. Sie hielt, wie an jeder anderen objectiven Wahrnehmung fest daran, dass sie einen Hasen gesehen. So irrelevant nun in diesem Falle gerade diese Vorstellung für das Seelenleben scheinen mag, so lehrt dies Beispiel doch, wie leicht solche Sinnestäuschungen und Vorstellungen einer vorübergehenden Krankheit in das normale Seelenleben mit hinüber genommen werden können, und es scheint mir wohl werth darauf zu achten, ob und in wie weit dadurch das normale Selbstbewusstsein gestört wird. Es ist mir nach manchen anderen Beobachtungen nicht unwahrscheinlich, dass solche einzelne Vorstellungen gewissermassen zum Kern einer ganzen Reihe von andern Vorstellungen werden können, welche dann die Veranlassung zu scheinbar unerklärlichen Handlungen geben oder in Form paradoxer Geistesstörungen dem Beobachter entgegentreten.

Die zweite Beobachtung erschien mir hauptsächlich wegen der von dem gebildeten Kranken nach der Genesung selbst geschilderten Delirien interes-

sant. Man kann wohl kaum von einem unbefangenen Beobachter — dies war Kr. der Lehre von den Sinnestäuschungen gegenüber — eine bessere und lehrreichere Darstellung der Hallucinationen finden. Er hat während des Delirium die centrale Natur seiner „Visionen“ erkannt und dieselbe experimentell erprobt; denn er gibt nicht nur an, dass die Figuren seiner Stimmung entsprechend das eine Mal beängstigender, das andere Mal heiterer Natur waren, sondern er versuchte es auch mit Erfolg, durch leises Recitiren von Gedichten sich bestimmte Vorstellungen zu schaffen und entsprechende Bilder hervorzuzaubern. Aber neben der centralen Erregung ist bei diesen Hallucinationen ein peripherer Factor nicht zu verkennen, welcher als mitbestimmend bei ihrer Gestaltung in Anschlag zu bringen ist. Diese Art von Sinnestäuschungen, welche namentlich Lazarus durch Selbstbeobachtung gefunden und geschildert hat (vgl. dies. Arch. I. 1, p. 208), habe ich seither öfter bei Geisteskranken beobachten können. Im vorliegenden Falle traten die Gestalten, welche vom Fenster her zu kommen schienen, mit fahler, bleicher Farbe auf und nahmen (ähnlich wie bei Lazarus) dadurch ein todtenähnliches Aussehen an. Auf Befragen nun gab mir der Kranke ganz sicher an, dass dieses Fenster durch das fahle Licht einer gegenüber, aber tiefer als das Fenster stehenden Gaslaterne halb und matt beleuchtet war. Die Gestalten verschwanden auch, wenn die Augen geschlossen wurden, so wie beim Anzünden von Licht im Zimmer. Es ist aber endlich noch ein drittes Moment in Betracht zu ziehen. Kr. gab ganz genau an, dass die Gestalten, welche er sah, an Grösse zunahmen, wenn er der neben dem Bett befindlichen Wand sich zukehrte, dass sie kleiner waren, wenn er ins Zimmer sah. Ich glaube nicht fehl zu greifen, wenn ich hier die unwillkürliche Akkommodation beim Blick auf die nahe gelegene Wand und das dadurch entstandene Muskelgefühl, welches wir ja bei Abschätzung der Grösse eines Gegenstandes wesentlich mit in Anschlag bringen, als einen mitwirkenden Factor bei der Entstehung der Sinnestäuschung in Anspruch nehme. Während also die Akkommodationsmuskeln durch den Blick nach der Wandseite hin in Thätigkeit waren, stellten sich die durch die Vorstellungen in ihrer Gestalt, durch die äussere Beleuchtung in ihrer Farbe bedingten Hallucinationen grösser dar, als wenn durch den Blick in die Stube die Akkommodation erschlaffte. In dieser Beziehung gewinnt selbst die scheinbare Ausnahme, dass einmal auch von der Stubenseite her sich eine grosse Gestalt näherte, beweisende Bedeutung; denn diese Gestalt stand am Bette, kann also sehr wohl ihre Grösse dem zufälligen Fixiren eines näherstehenden Gegenstandes verdanken. Um in diesem Sinne zur weiteren Erforschung dieses interessanten Gegenstandes anzuregen, habe ich vorliegende Beobachtung so ausführlich wiedergegeben.

XXVII.

Bücher-Anzeigen.

1.

Rüdinger, Die Anatomie der menschlichen Gehirnnerven für Studirende und Aerzte. Mit 14 Tafeln, enthaltend 46 Figuren, nach Albert'schen Photographien in Stahl gestochen von A. Meermann und H. Bruch. München 1868, literarisch-artistische Anstalt der J. G. Cotta'schen Buchhandlung.

Verfasser hat sich der dankenswerthen Mühe unterzogen, aus seinem grossen Atlas des peripherischen Nervensystems,*) die Gehirnnerven in kleinerem Formate dem studirenden und ärztlichen Publikum zugänglich zu machen. Wenn ersterer wegen seines Preises im Allgemeinen nur von Anstalten wird angeschafft werden können — und er sollte in keiner Irrenanstalt fehlen — so erhält mit der Herausgabe dieses kleineren handlichen Werkes, dessen Preis nur 3 Thlr. 20 Sgr. beträgt, der Einzelne eine willkommene Gabe, um sich leicht und bequem in dem betreffenden Gebiete zu orientiren.

Jeder Gehirnnerv — mit Einschluss des sympathischen Nervensystems — ist im Texte von seinem Ursprunge bis zur peripherischen Endigung nach den Ergebnissen der neuesten Forschung in klarer und übersichtlicher Weise beschrieben und sein Verlauf durch sehr zweckmässige Abbildungen erläutert. Die Abbildungen selbst wurden durch photographische Verkleinerung der Original-Abbildungen erhalten und in Stahlstich wiedergegeben. — Wir empfehlen das Werkchen angelegentlichst sowohl den Studirenden als auch allen denen, die sich mit den verschiedenen auf das centrale Nervensystem bezüglichen pathologischen Fragen eingehender beschäftigen.

2.

A. Solbrig, Verbrechen und Wahnsinn. Ein Beitrag zur Diagnostik zweifelhafter Seelenstörungen für Aerzte, Psychologen und Richter. München 1867. 65 pp.

In dieser lesenswerthen Broschüre wendet sich der Verfasser (mit Ausschluss der geisteskrank gewordenen Verbrecher und der durch ihre Krankheit unmittelbar zu Verbrechen hingerissenen Geisteskranken) denjenigen Individuen zu, welche verbrecherische Neigungen innig verschmolzen mit psychischer Störung zeigen und welche desshalb den Schein mora-

*) Atlas des peripherischen Nervensysems des menschlichen Körpers, nach der Natur photographirt von J. Albert. 10 Lieferungen. München, liter.-artist. Anstalt der J. G. Cotta'schen Buchhandlung.

lischer Fehlerhaftigkeit und psychischer Gesundheit erwecken. Irrthümer in Erkenntniss solcher Zustände veranlasst namentlich oft die sehr mit Unrecht alternativ gestellte Frage: „ob Seelenstöreng oder Verbrechen?“ während es doch noch ein Drittes: „Geisteskrankheit und Verbrechen“ gibt. In solcher Complication wird die Diagnose der geistigen Störung schwer, um so mehr, wenn sie sich in einer verbrecherischen Natur allmälig aus dieser heraus entwickelt, und wenn sie dann in der Form des Wahnsinns erscheint. Drei Umstände sind es hauptsächlich, durch welche in solchen Fällen verbrecherischen Wahnsinns der Laie zur Verkennung der psychischen Krankheit und zur Annahme geistiger Gesundheit verleitet wird. Es sind dies: 1. der Mangel einer hochgradigen Störung der äusseren Besonnenheit und hervortretender Affecte; 2. die wohlerhaltene Logik und das consequente Raisonnement, so wie die Schlagfertigkeit bei Vertheidigung ihrer Anschauungen; 3. die Abwesenheit somatischer Erkrankung. Indem Verfasser auf diese drei Punkte näher eingeht und namentlich bei dem letztern länger verweilt, um zu zeigen, welche Bedeutung dem Nachweis körperlicher Störungen für die Diagnose psychischer Erkrankung beigelegt werden kann, beweist er, dass in zweifelhaften Fällen von Seelenstörung die Anwesenheit äusserer Besonnenheit, die Abwesenheit nachweisbarer leiblicher Erkrankung auf der einen, so wie das Erhaltensein der formalen logischen Thätigkeit und einer gewissen Planmässigkeit im Handeln auf der anderen Seite durchaus nicht gegen die Annahme einer Seelenstörung sprechen.

Interessant und beachtenswerth ist die Besprechung der „Leumundsfrage“, wie sie S. nennt. Es kann unter Umständen die Annahme geistiger Störung wohl dadurch gestützt werden, dass ein Verbrechen von einer sonst unbescholtenen Person begangen wird; aber es wird dieselbe Annahme in zweifelhaften Fällen durch die sittliche Verkommenheit und verbrecherische Gesinnung eines Angeschuldigten nicht erschüttert, da ja diese Momente als Prädisposition zu Seelenstörungen anerkannt sind.

Als positive Beweismittel für das Bestehen einer Geistesstörung würde zunächst das Vorhandensein eines Wahnsystems in Frage kommen, wobei aber nicht ausser Acht zu lassen ist, dass sich in dasselbe die verbrecherische Gewohnheit des früheren Lebens eindrängen kann. Dadurch wird seine Verwerthung Behufs der Diagnose eine zweifelhafte, wenn nicht andere psychologische Momente hinzutreten, aus denen sich die geistige Störung sicher erschliessen lässt. Als solche Momente werden nun besprochen die Gemüthslage, welche eine leicht wechselnde, dabei aber meist gedrückte, zu heftigen Ausbrüchen Veranlassung gebende ist; die Selbstüberschätzung, welche sich über Gesetz und sociale Stellung hinwegsetzt und als Rechthaberei und Grosssprecherei äussert; der Verfolgungswahn, welcher die natürliche Reaction der wirklichen Verhältnisse gegen ein solches Individuum als persönlich erlittenes Unrecht ansieht und als Feinde und Verfolger alle Personen bezeichnet, welche sich seinen Vorstellungen nicht anschliessen können; endlich der Widerspruch zwischen Zweck und Mittel in der Handlungsweise, das Beharren auf den verkehrten Anschauungen trotz der empfindlichsten dadurch entstehenden Nachtheile. Als Prototyp dieser Categorie der verbrecherischen Wahnsinnigen werden die sogenannten Querulanten und Prozesskrämer bezeichnet, welcher Species auch der in der letzten Hälfte der Broschüre ausführlich mitgetheilte

casuistische Beitrag angehört, ein Fall, welcher einem wirklich Sachverständigen wohl kaum Schwierigkeiten bereiten konnte, und welcher dadurch, dass die höheren gerichtlichen Instanzen das ärztliche Gutachten anzweifelten, nur zeigt, wie wenig zutreffend noch die Ansichten über Seelenstörungen in juristischen Kreisen sind. —

Durch die ausführliche Inhaltsangabe glaubt Referent am Besten das Interesse, welches die vorliegende Schrift erweckt, gezeigt zu haben. Sie zeichnet sich überdies durch die schöne und doch klare Sprache und sachgemässe Darstellungsweise aus. Möchte sie dazu beitragen, in weiteren Kreisen richtige Anschauungen über die Geisteskrankheiten zu verbreiten! Eine Bemerkung aber kann Ref. zum Schluss nicht unterdrücken; sie betrifft den Gebrauch des Ausdrucks „moral insanity", welchen Verf. doch wohl in einem andern Sinne auffasst, als ihm ursprünglich von den englischen Autoren beigelegt worden ist.

3.

M. Lazarus, Zur Lehre von den Sinnestäuschungen. Abdruck aus der Zeitschr. für Völkerpsychologie und Sprachwissenschaft. Berlin 1867. 40 pp.

Der Inhalt dieser Schrift, nach einem in der medicinisch-psychologischen Gesellschaft zu Berlin gehaltenen Vortrage bearbeitet, ist den Lesern dieses Archivs (vergl. Heft 1 p. 208) theilweise schon bekannt; doch kommen wir gern der angenehmen Pflicht nach, die Fachgenossen noch einmal darauf aufmerksam zu machen, nachdem sie ihnen durch besondern Abdruck zugänglicher geworden ist. Von einer ausführlicher geschilderten Selbstbeobachtung ausgehend, bespricht Verf., sich anlehnend an den Gang der sinnlichen Wahrnehmung, die vier seiner Anschauung nach unterscheidbaren Arten von Sinnestäuschungen, welche er als Illusion, Hallucination, Vision und visionäre Illusion bezeichnet. Er geht dann weiter auf die Frage ein, in wie weit überhaupt die Beobachtung des gesunden Menschen zur Erklärung der psychischen Phänomene bei Geisteskranken benutzt werden kann; hierbei zeigt sich, dass die Selbsbeobachtung und die Beobachtung am erwachsenen Cultur-Menschen nicht ausreichend sein dürfte, da das Beobachtungsgebiet einmal zu klein ist, dann aber auch das scheinbar einfache Denken beim cultivirten Menschen schon complicirt ist, auf einer Anzahl früherer Erfahrungen unbewusst beruht. Es empfiehlt sich daher eine Erweiterung des Beobachtungsfeldes auf die Kindheit und auf die in der Cultur noch nicht weit vorgeschrittenen Völkerschaften, und L. zeigt an einigen Beispielen, zu welchen interessanten Resultaten dieser Weg führen kann. —

4.

C. K. Hoffmann, Eenige pathologisch-anatomische Waarnemingen, gemaakt bij de lijkopeningen, verricht in het krankzinnigengesticht Meerenberg, van 1. Julij 1866 tot 1. Julij 1867.

Ein inhaltreicher und viel des Interessanten bietender Bericht über 41 Autopsieen, mit eingehender Darlegung des mikroskopischen Befundes, dessen Hauptergebnisse theilweise auf 3 Tafeln — in ziemlich stark schematischer, also nicht ganz überzeugender Weise — illustrirt werden. Letztere sind an

und für sich, auch wenn man sie nach des Verfassers ausdrücklichem Wunsch ohne reguläre Beziehung zu den Psychosen denkt, bei denen sie sish vorfanden, doch von so weittragender Bedeutung, dass sie ernste Aufmerksamkeit eben so sehr verdienen, als eine weitere Prüfung herausfordern und bedürfen. Wir heben, einfach referirend, davon heraus die Veränderungen an den Ganglienkörpern.

Bei der Untersuchung der Subst. corticalis von Individuen, die an verschiedenen chronischen Geistesstörungen, insbesondere an Dementia gelitten hatten (welche er sowohl frisch mit Jodserum, als mit ½—1 % KO Cr. O_5-Lösungen oder Müller'scher Flüssigkeit 3 bis 4 Tage behandelte), beobachtete Verfasser das Vorkommen glänzender, eingeschrumpfter, mehr minder dreieckiger, 0,009'''—0,015''' grosser Gebilde, über deren Natur er durch ihre Aehnlichkeit mit Ganglienkernen, sowie durch ihre Verbindung mit Axencylinderfortsätzen belehrt ward.

Er erblickt in ihnen den Ausgang pathol.-anatom. Veränderungen der Ganglienzellen, die er von ihrem Beginne als „fettig pigmentöse Entartung" von Stufe zu Stufe erfolgt haben will, so zwar, dass nach Resorption von Pigment und Fett das übriggebliebene Protoplasma sich um die Kerne zusammenzieht und endlich schwindet, die Protoplasmafortsätze dünner werden und abbrechen, der Kern eine birnförmige, später dreieckige Gestalt und ein glänzendes Aussehen gewinnt und schliesslich nur noch der Nucleolus als glitzerndes Körperchen übrig bleibt, mit dem zuweilen der hier sehr resistente Axencylinderfortsatz zusammenhängt. Letzterer Umstand dient als Beweis für das Herangehen des Axencylinderfortsatzes an das Kernkörperchen. Die Zahl der geschilderten dreieckigen Gebilde und die Stärke der regressiven Metamorphose an den Ganglienkörpern überhaupt stand bei den chronischen Formen der Geistesstörung mit der sie begleitenden Demenz in Proportion. Bei der Dementia paralytica fand Verfasser dem entsprechend in den ersten Stadien, bei noch wenig entwickelter Dementia hauptsächlich die von L. Meyer angegebenen Veränderungen an den Gefässen, in den späteren Stadien, die oben beschriebenen Veränderungen an den Ganglienzellen neben den Gefässerkrankungen. Ganz intact waren die Ganglienkörper bei Zuständen angeborener Schwäche (Idiotismus, Imbecillitas) und in einem Falle von Mania puerperalis.

In einem Falle von Melancholie mit Nahrungsverweigerung, der in fünf und in einem von Mania furibunda (Manie met hevige opgewektheit), der in 3 Monaten tödtlich endete, kamen freie, den Ganglienkernen ähnliche Elemente vor, zu 2—3 beisammenliegend, mit 1, 2 und ohne Nucleolus. Die Ganglienkörper daneben waren „succulent geschwollen," hatten undeutliche Peripherie und enthielten selber 2—3 Kerne, so dass die Möglichkeit vorlag, als sei das Vorkommen jener freien Kerne durch ihr Zugrundegehen bedingt. Bei dem letzten Individuum beobachtete Verf. ausserdem in Häufchen von 5—10 bei einander liegende, kleinere und mit feinkernigem Inhalt gefüllte Elemente, die ihm proliferirende Gliakerne zu sein schienen. In der Glia der Corticalis hat er sonst Veränderungen nicht wahrgenommen, dagegen in 2 Fällen von Idiotismus theils Vergrösserungen und Verfettungen, theils Schrumpfungen der in der Subst. medullaris enthaltenen Gliakerne. Am wenigsten pathologischen Veränderungen zugänglich erwiesen sich die Ganglienkörper des Thalamus

und des Corp. striatum. Indess beobachtete Verfasser bei einer Epileptisch-Blödsinnigen, die 68 Jahr alt und über 32 Jahr krank gewesen war, in beiden Thalamis hanfkorn- bis erbsengrosse, dunkelgraue Flecke, deren Farbe von einer „schwarz-pigmentösen Entartung" der dort befindlichen Ganglien abhing. Desgleichen bei einer 24jährigen Epileptischen mit rechtsseitiger Parese „pigmentöse Degeneration" der Ganglien des linken Sehhügels, während die des rechten intact waren. In zwei Fällen (chron. Manie, Dementia 44 Jahr alt und Monomanie, agitirte Demenz 68 Jahr alt), in denen sehr starke Gesichtshallucinationen bestanden hatten, waren die Ganglien der Sehhügel in gleicher Weise entartet und bei dem letzten Individuum, das während des Lebens auch an lebhafter Gehörstäuschung gelitten hatte, fand sich ausserdem dieselbe Entartung bei den Ganglienzellen auf dem Boden des vierten Ventrikels.

XXVIII.

Weiteres über psychiatrische Cliniken.

Von

W. Griesinger.

Die im vorigen Hefte von mir ausgesprochenen Ansichten über psychiatrische Cliniken und clinische Asyle haben in einer mir höchst erfreulichen Weise Beachtung gefunden. Ich glaube daher denen, die sich gegenwärtig mit diesen Fragen beschäftigen, weiter nützlich zu sein, wenn ich einige Hauptsätze über die Sache hier auf's Neue formulire. Sie sind wenig Anderes, als ein neuer Ausdruck der am angeführten Orte bereits geäusserten Gedanken, werden aber doch in ihrem Zusammenhange noch weiter dazu dienen, den Boden zu ebnen und Missverständnisse zu beseitigen. Meine Sätze sind nicht Ergebniss von Lucubrationen, sondern von Erfahrungen. Jede Polemik liegt mir bei ihrer Aufstellung ferne und ich möchte nur dringend wünschen, dass diejenigen, welche selbst als clinische Lehrer in der Psychiatrie an deutschen Universitäten in der Lage sind auch Erfahrungen über die Sache zu machen, sich entschliessen möchten solche ebenfalls mitzutheilen, damit eine objective Diskussion über diese Fragen unter Sachverständigen eingeleitet und damit dem Dareinreden gänzlich unberufener Personen am besten ein Ende gemacht werde.

Psychiatrische Cliniken — dies ist der Hauptsatz meiner Ansichten — werden nun und nimmermehr freudig gedeihen und den beabsichtigten Nutzen stiften, wenn sie nicht völlig auf den Fuss aller übrigen Cliniken gestellt werden.

Diese Gleichstellung muss sich beziehen:

1. Auf die Hör-Verpflichtung. — Wo die sonstigen Cliniken obligatorisch sind, soll es auch die psychiatrische Clinik sein; wo nicht, nicht. Nicht des Lehrers wegen soll es so sein, sondern der Sache wegen. Wo 3 Cliniken besucht werden müssen, die vierte nicht, da wird damit gleich von vornherein von Seiten des Staates gezeigt, dass dieser vierten eine geringere Wichtigkeit beigelegt wird, und der Studirende bekömmt dadurch Grund, sie für ganz unnöthig zu halten. — Vergleicht man die Nothwendigkeit der psychiatrischen Clinik mit der der obstetricischen, so ist allerdings richtig, dass dem Arzte in seiner Praxis weit mehr Geburtsfälle als psychiatrische Fälle zur Behandlung vorkommen; aber dafür ist die Psychiatrie schwieriger, weil sie dem Studirenden noch nicht so eng und unmittelbar mit Medicin und Chirurgie verknüpft erscheint, wie die Geburtshülfe, und es ist zu bedenken, dass im geburtshülflichen Fache in der Regel noch eine theoretische Vorlesung, sehr oft noch besondere Uebungscourse besucht werden, während die Psychiatrie gegenwärtig, besonders da wo das Quadriennium der Studienzeit noch besteht, sich mit einer einzigen, clinisch-theoretischen Vorlesung begnügen muss und sich auch begnügen kann, um die elementarsten Kenntnisse den

Hörern beizubringen. Wenn es irgendwo möglich ist, eine Clinik und eine regelmässige theoretische Vorlesung allgemein hören zu lassen, ist dies um so besser, aber vorgeschrieben sollte zunächst nur die Clinik als der wichtigere Theil werden. In Preussen kann man Doctor der Medicin werden ohne irgend eine Clinik gehört zu haben; für das Staats-Examen ist der Nachweis zweier Semester medicinischer und chirurgischer Clinik und der Nachweis einer Assistenz bei 4 Geburten gesetzlich vorgeschrieben; mit Recht kann verlangt werden, dass auch der Nachweis eines Semesters psychiatrischer Clinik obligatorisch sei, wenn man, wie ich hier immer voraussetze, überhaupt endlich den Familien und den Gerichten Aerzte verschaffen will, die von Psychiatrie wenigstens etwas wissen.

2. Auch in Bezug auf die Unterrichtsmethode ist die psychiatrische Clinik den übrigen Cliniken ganz gleichzustellen. — An kleinen Universitäten, wo es überhaupt mehr möglich ist den Einzelnen zu unterrichten, lässt sich vielleicht etwas mehr Selbstthätigkeit der Studirenden auch in dieser Clinik herstellen, die aber allerdings dadurch wieder sehr vermindert würde, dass in einem Semester kaum die Befähigung zu einem gewandten Untersuchen eines Kranken erreicht wird; bei Solchen, die die Clinik zum zweitenmale hören, ist überall auch das s. g. „Practiciren“ der Clinicisten einzuführen. Grosse Cliniken haben den Vortheil eines reichhaltigeren Materials; dem Umstande, dass hier der Kranke in der Clinik selbst dem Zuhörer ferner steht und nicht so gut von jedem zu beobachten ist, kann man, wie ich es in Berlin that, durch die Einrichtung abhelfen, dass man die Zuhörer in mehrere Parthieen getheilt an Abendvisiten Theil nehmen lässt, wo eine viel grössere Annäherung der Zuhörer und der Kranken, eine freie Unterhaltung mit diesen, nach Umständen eine für jeden Zuhörer ganz nahe Untersuchung derselben stattfinden kann. — Der Medicin Studirende kommt in die psychiatrische Clinik Anfangs auch noch mit den Begriffen eines Laien über Geisteskrankheiten; die Aeusserlichkeiten der Delirien nehmen ihn vor Allem in Anspruch. Die Hauptaufgabe des Lehrers ist, ihn bald zu dem Einen was noth thut, hinzuleiten, zu der Auffassung jedes Kranken als eines mit einer bestimmten Krankheit des Central-Nerven-Apparats behafteten, und zu den Methoden, sich im Einzelfalle zu der Erkenntniss dieser Krankheit Bahn zu brechen. Die Schwierigkeiten dieser Aufgabe sind nur dem Eingeweihten bekannt, dem Zuhörer müssten zunächst die Resultate der eigenen Forschung des Lehrers und der gesamten Wissenschaft mitgetheilt und ihm mehr und mehr der Weg, selbst zu Resultaten zu gelangen, gewiesen werden.

3. Was die Kranken betrifft, so sind diese, wie bei jeder andern Clinik, vor allem mit Rücksicht auf das Interesse des Unterrichts aufzunehmen. — Das Interesse des Unterrichts verlangt aber

a. möglichst viele frische Fälle und acute Zustände, weil für diese besonders in der künftigen Praxis Hülfe gesucht wird. Es sind desshalb Einrichtungen zu treffen, vermöge deren alle acuten Fälle irgend welcher Art, ohne Weiteres aufgenommen werden können.

b. Chronische Fälle, die für den Unterricht wenig therapeutisches Interesse haben, aber zur vollständigen Formen-Kenntniss dienen und sich oft in psychisch-forensischer Hinsicht sehr zur Demonstration eignen, sind freilich auch nothwenhig; doch bedenke man, dass auch in einer medicinischen und

einer chirurgischen Clinik dem Zuhörer, in der Zeit wo er die Clinik hört, nicht Alles, was es überhaupt gibt, gezeigt werden kann. Man wird sich also an einer kleineren Clinik vielleicht in manchem Semester begnügen müssen, die Hauptformen zu zeigen, womit des Schülers Hauptbedürfniss befriedigt ist. Diese chronischen Fälle ergeben sich theils in der Clinik selbst aus acuten Zuständen, die nicht geheilt werden, theils sollten sie zu vorübergehendem Aufenthalte von aussen her, auf Antrag des Lehrers aufgenommen werden können; so wird es z. B. höchst wünschenswerth sein, zum Behufe einer Demonstration der verschiedenen Formen des Idiotismus zuweilen derartige, wenn auch gänzlich unheilbare Individuen zu kurzem Aufenthalte in die Clinik aufnehmen zu können; was in einem anderweitigen Stadtasyle ganz unzulässig wäre, kann durch das Interesse des Unterrichts, das hier allem Anderen vorangeht, gerechtfertigt und geboten werden.

Das Mittel aber, um möglichst viele acute Fälle und um die geeigneten chronischen Kranken zu bekommen, besteht vor allem in billigen Verpflegungssätzen, wo immer möglich Gratisaufnahmen für alle Bedürftigen; aus den Mittelklassen muss besonders der gute Ruf der Anstalt, der durch gute Behandlung der Kranken erzielt wird, solche herbeiziehen. Braucht bemerkt zu werden, dass es zum grössten Vortheile gereicht, wenn vor der Aufnahme man sich von Seiten der Clinik überzeugen kann, ob ein gemeldeter Kranker sich für die Clinik eignet? — Dies geschieht am besten durch Autopsie und hierin werden die grossen Städte immerhin einen ausserordentlichen Vorzug vor den Universitäten in kleinen Städten haben. Dort benachrichtigt ein Stadt-Telegramm oder ein persönlicher Besuch die Aerzte der Clinik von dem Falle, z. B. einem acuten Manie-Ausbruche; Selbstmordversuche, oder irgend anderen acuten Zuständen; sobald als möglich begibt sich einer der Aerzte an Ort und Stelle, sieht nach, leitet die richtige Ueberführung nach der Anstalt ein, oder überzeugt sich vielleicht, dass der Betreffende gar nicht hirnkrank, dass er betrunken, dass er geistig aufgeregt war etc. Es wird Jedem einleuchten, dass dieses expedite, alle Interessen, sowohl der Clinik als des Publikums aufs beste wahrnehmende Verfahren nur da möglich ist, wo die Clinik in allernächster Nähe der Stadt oder noch in derselben, nur an ihrer Peripherie, gelegen ist, dass aber weiter auch für diese in der Clinik Hülfe Suchenden ein rascher, aller langer Formalitäten enthobener Aufnahme-Modus unerlässlich ist.

Die Entlassung der Kranken erfolgt gleichfalls, wie bei jeder anderen Clinik, dann, wenn sie für die Zwecke des clinischen Unterrichts nicht mehr brauchbar sind. Dies ist natürlich ebensowenig buchstäblich zu nehmen und ausnahmslos oder gar schonungslos durchzuführen, als es bei den anderen, den medizinischen und chirurgischen Cliniken der Fall ist. Aber es muss das leitende Princip für die Entlassung der Kranken sein; die Angehörigen derselben, in Ermangelung solcher die Gemeinden, haben für die Ungeheilten weiter zu sorgen, wobei sich an manchen Orten leicht eine vermittelnde Thätigkeit des Vorstehers des clinischen Asyles mit der oder den betreffenden anderweitigen Anstalten wegen der Aufnahme in dieselben zum Vortheil und zur Erleichterung der Familien wird ausüben lassen.

4. Was den clinischen Lehrer betrifft, so ist, ausser den selbstverständlichen Forderungen an die Lehrfähigkeit, die erste und Hauptforderung

die, dass er ein wahrer Mann der Wissenschaft sei, dass er dieser, d. h. der Erforschung der Wahrheit auf dem von ihm cultivirten Gebiete, sein Leben widme. Dazu soll ihm nicht nur das Nöthige, was er dazu braucht, zu Gebote gestellt, sondern auch Zeit und Musse gegeben werden. Ein clinischer Lehrer der Psychiatrie und ein Director einer Irrenanstalt sind nichts weniger als identisch. Man kann ein ganz guter Anstaltsdirector sein, ohne sein Leben lang neue Thatsachen oder Gedanken der Wissenschaft gegeben zu haben; man kann sehr viel für die Psychiatrie leisten und ein sehr guter Irrenarzt sein, und doch vielleicht mit den Eigenschaften, die heutzutage zur Leitung der Anstalten für nöthig gehalten werden, wo man an vielen Orten den Directoren noch so so viel Administratives zumuthet, grossen Beruf zu haben.

Der clinische Lehrer soll gar nicht ein blosser Anstalts-Director, sondern etwas anderes, in einer Beziehung jedenfalls etwas mehr sein. Es soll unter keinen Umständen seiner Hauptaufgabe dadurch entzogen werden, dass man ihn beständig in das kleine Detail des Hausdienstes hineinnöthigt, das von Anderen ebensogut besorgt werden kann. Allerdings erfordert die Oberleitung des Asyls, die dem clinischen Lehrer jedenfalls anvertraut sein muss, mehr specielle eingehende Sorgfalt für die Einrichtungen zur Pflege der Kranken, als es vielleicht bei den anderen Cliniken der Fall sein mag (wiewohl in dieser Beziehung auch an den Chirurgen heutzutage mit Recht hohe Forderungen gestellt werden); aber wenn einmal von vornherein die Einrichtungen richtig gemacht und festgestellt sind, was jedenfalls zu den Hauptaufgaben des Clinikers gehört, dann wird man zu verlangen haben, dass der rechte Geist stets weiter wirkend von ihm ausgehe, wird ihn aber mit endlosen Details und der unablässigen Polypragmosyne des sog. „Anstaltslebens“ billigerweise verschonen, und zwar nicht seiner Bequemlichkeit, sondern der Erfüllung seiner Hauptaufgabe wegen. Ein Mann der Wissenschaft und tüchtiger Praktiker wird aber auch vom Publikum berathen werden und weit entfernt, ihm dies zu erschweren, wird man es ihm unter allen Umständen ermöglichen müssen. Auch dies wie bei jedem anderen Cliniker. So wenig man verlangt, dass der Lehrer der inneren, chirurgischen und obstetricischen Clinik keine anderen Kranken sehen soll, als die seiner Clinik, so wenig darf man dies von dem Lehrer der psychiatrischen Clinik fordern, nur dass er nicht seine Hauptaufgabe etwa darüber hintansetzen darf. Ja, es ist vielmehr beim gegenwärtigen Zustande der Wissenschaft das entschiedenste Erforderniss, dass er Kranke ausser seiner Clinik sehe und behandele, theils weil der Lehrer auch diejenigen, zum Theil so äusserst interessanten psychopathischen Zustände, die nicht leicht in Anstalten kommen, kennen lernen, theils weil er auch anderweitige Nervenkranke, aus deren Beobachtung er so unendlich viel für sein Fach zu lernen hat, sehen und behandeln soll, denn die Psychiatrie ist nur ein Capitel aus der Nervenpathologie.

5. Was die Einrichtung des clinischen Asyles betrifft, so habe ich über dieselbe bereits in meiner ersten Arbeit die Hauptdaten beigebracht. Ich füge hinzu, dass man leicht zu Planen von zu complicirter Beschaffenheit gelangen kann, wenn man sich nicht stets den Unterschied vor Augen hält, den die verschiedene Bestimmung des clinischen Asyles gegenüber manchen anderen Asylen mit sich bringt. Ich habe kürzlich Gelegenheit gehabt, mich

in dieser Richtung auszusprechen, als mir die Plane für das clinische Asyl einer der ersten deutschen Universitäten vorgelegt wurden. — So wird es in kleineren clinischen Asylen geradezu unzweckmässig, in grösseren wenigstens meistens unnöthig sein, mehrere Verpflegungsclassen in Bezug auf Wohngelasse einzuführen, wodurch eine grosse Complication des Baues bedingt wird. So ist es ganz unnöthig, eine Directiorialwohnung mit allen ihren Appertinenzen in dem Hause selbst einzurichten; für den medicinischen und chirurgischen Cliniker werden solche nur selten mehr in die clinischen Hospitäler gebaut, für den Lehrer der Geburtshülfe, welcher sehr oft bei Nachtgeburten operativ und demonstrativ thätig sein muss, ist es an den meisten Orten allerdings mit Recht gebräuchlich; in den Irren-Asylen kommen Fälle, wo der Cliniker selbst bei Nacht wirklich gebraucht wird, nicht öfter vor als etwa in der chirurgischen Clinik. — Es wäre ja schon Recht, wenn man Alles mit einander verbinden könnte; man kann es wünschenswerth finden, dass nicht nur der Lehrer, sondern auch die Schüler in den Asylen wohnten, um in jedem Augenblicke Alles, was etwa vorkommt, mit beobachten zu können, aber alle Dinge in der Welt haben ihre Grenze an gegebenen Verhältnissen und überall sind die Hauptsachen und die Hauptaufgaben zuerst ins Auge zu fassen.

Hiermit werden wohl immer 2 Stockwerke, Parterre und Bel-Etage ausreichen, wozu das Souterrain für häusliche Zwecke hinzukommt. Das Parterre wird gewöhnlich den Hörsaal, je eine Wachabtheilung (à surveillance continue) für jedes Geschlecht und die Tagesräume für die ruhigeren Kranken aufnehmen können, die Bel-Etage wird die Schlafzimmer für die letzteren, die Dienstwohnungen des Haus-Arztes und des sonstigen Personals enthalten; ich sage jetzt nicht, dass dies nur so und unter keinen Umständen anders sein könne, aber gewöhnlich wird sich diese Einrichtung als die geschickteste darbieten. — Unendlich vereinfacht wird die ganze Einrichtung des clinischen Asyles, wenn dasselbe mit dem in nächster Nähe befindlichen anderweitigen clinischen Hospitale in nächste administative Verbindung gesetzt werden kann, so dass die ganze finanzielle und administrative Gebahrung, Beköstigung, Wäsche etc. beiden Anstalten gemeinsam ist, womit auch der grosse Vortheil gewonnen wird, dass das Wärterpersonal des Asyles sich aus den guten Wärtern des Hospitales ergänzen und recrutiren kann und dass den arbeitsfähigen Kranken des Asyles ein grösseres Feld der Arbeit in allerlei Hausgeschäften zugewiesen werden kann. Alles dies setzt natürlich die grösste räumliche Nähe des clinischen Asyles bei den anderen clinischen Anstalten voraus.

Wenn nach diesen allgemeinen leitenden Grundsätzen verfahren wird, geht die Sache. Will man aber von vornherein für die psychiatrische Clinik Verhältnisse schaffen, die sie von allen anderen Cliniken unterscheiden, so wird man nichts erreichen. Stundenweit vor den Thoren einer Stadt kann man Häuser bauen, kann man Directoren anstellen, kann man Kranke aufnehmen, ja man kann selbst durch absoluten Zwang widerwillige Studirende hinausdecretiren; ein freudiges und erfolgreiches Aufblühen dieses clinischen Unterrichts kann man nimmermehr erreichen. — Diese wenigen Bemerkungen für heute; es ist nicht das letzte Mal, dass in unserem Archiv vom psychiatrischen Unterricht gehandelt wird.

XXIX.

Miscellen.

Eine historische Notiz.

Als ich vor Kurzem den Canstatt'schen Jahresbericht für das Jahr 1853 zu einem anderen Zwecke durchsah, stiess ich in dem Referate über Psychiatrie auf folgende Notiz:

„Nach Boyd wurden bei Dementia paralytica nach dem Tode im Rückenmarke Resultate der Entzündung gefunden, welche auch die Ventrikel und Membranen der Gehirnbasis zu zeigen pflegten; selten wurden sie nicht in bedeutendem Grade gefunden. Gulliver fand mehrere Male bei der mikroskopischen Untersuchung Entzündungs-Körperchen im Rückenmarke selbst, ähnlich der von Bennet in der Schrift über die Entzündung der Nervencentren beschriebenen. Bei der Behandlung war darauf die Aufmerksamkeit gerichtet und es wurde Liq. Hydrarg. bichl. acht männlichen Kranken gegeben, wovon zwei sich besserten und einer aus einem sehr hilflosen Zustande jetzt in einem Stuhle sitzen kann. Ein Anderer, sehr abgemagert, gewann in 6 Monaten 21 Pfund Gewicht mehr, zwei wurden allmälig schlechter und vier blieben stationär."

Als Quelle für diese Notiz wird auf den Sixth general report on the district criminal and private lunatic asylums in Ireland verwiesen, den ich durch die Güte der Commissioners in Lunacy auf meinen Wunsch zugesandt erhielt, ohne dass ich indess die angezogene Stelle darin auffinden konnte. Offenbar ist die Hinweisung in dem betreffenden Jahresberichte von Canstatt falsch und soll sie sich wahrscheinlich auf den Report of the Somerset County Asylum for 1852 beziehen. Es wäre wünschenswerth, wenn die englischen Collegen über die in Rede stehenden Untersuchungen Gulliver's nähere Mittheilungen machten.

Diese Notiz mag zugleich Herrn Dr. Meschede (vergl. dessen Mittheilung in No. 8 der „Deutschen Clinik" dieses Jahres) zur Beruhigung dienen. Derselbe weist nämlich seit Kurzem wiederholt und in so auffälliger Weise darauf hin, dass er zuerst eine von der grauen Degeneration verschiedene Form der Rückenmarksaffection in einem Falle paralytischer Geisteskrankheit beobachtet habe, dass mir eine kurze Erwiederung geboten scheint, nicht etwa, um gewisse Ansprüche seinerseits zu bekämpfen, was von gar keinem allgemeineren Interesse wäre, sondern um einer irrthümlichen Auffassung ent-

gegen zu treten, worauf offenbar diese, mit einer gewissen Ostentation in den Vordergrund geschobenen Ansprüche basirt sind.

Der genannte Autor hatte im Januar 1866 in Form einer „Vorläufigen Mittheilung" den Abriss eines Falles von allgemeiner Paralyse veröffentlicht, in welchem bereits makroskopisch eine Veränderung der Hinterstränge des Rückenmarks sichtbar gewesen war; die mikroskopische Untersuchung des frischen Präparates liess zahlreiche Körnchenzellen in den Hintersträngen erkennen, auch waren die Nervenfasern zum Theil, in dem conus medullaris aber zum grössten Theil, „in ihre Elemente zerfallen und in eine mehr weniger feinkörnige Masse umgewandelt;*) ähnliches fand sich in einem Theile der Seitenstränge. Herr Meschede sieht nun in diesem Befunde vorwiegend „Veränderungen der Zwischensubstanz von mehr acutem Character" und stellt ihn deshalb den Fällen grauer Degeneration gegenüber. Hierauf ist Folgendes zu bemerken:

Seit lange sind unter der Bezeichnung der grauen Degeneration auch Fälle bekannt, welche eine ähnliche, schon makroskopisch sichtbare Veränderung der Farbe und Consistenz der Hinterstränge, wie sie eben zu der genannten Bezeichnung Veranlassung gegeben, darbieten und bei frischer Untersuchung eine grosse Anzahl Fettkörnchenzellen in dem veränderten Gewebe erkennen lassen; an erhärteten Schnitten constatirt man zugleich einen ausgedehnten Schwund von nervösen Elementen. Der Reichthum an Fettkörnchenzellen ist in solchen Fällen oft derart, dass schon makroskopisch in der schmutzig graulichen Substanz der Hinterstränge sich gelblich weissliche, zum Theil oft baumförmig-ramificirte Stellen bemerkbar machen, welche eben den — zum Theil längs der Gefässramificationen — in grosser Menge angehäuften Fettkörnchenzellen entsprechen. Der von Herrn Meschede veröffentlichte Fall nun liess gleichfalls bereits makroskopisch eine deutliche Veränderung der Farbe und Consistenz der Hinterstränge erkennen, während zugleich mikroskopisch grosse Mengen von Fettkörnchenzellen gefunden wurden. Wenn die Consistenz als weich, das Aussehen des Marks als ein trübes, unregelmässig gefärbtes mit blassgelblichem Farbenton beschrieben wird, so glaube ich nicht, dass Herr Meschede hierauf besonderes Gewicht zu legen gedenkt, da er selbst theils aus eigener Erfahrung, theils aus den in der Literatur der grauen Degeneration beschriebenen Fällen sehr gut wissen wird, wie wechselnd die Nüancen des äussern Ansehens und die Consistenz hierbei zu sein pflegen. Worin besteht denn nun aber das Neue in seinem Falle? — Er selbst sagt es uns: es handelte sich dabei vorwiegend um Veränderungen der Zwischensubstanz von mehr „acutem" Character und die „Destruction der Nervenfasern war grösstentheils erst eingeleitet, nur an vereinzelten Stellen bis zum wirklichen Verfall gediehen". Und wodurch wird dies bewiesen? Man sollte meinen, dass zur Begründung einer solchen Behauptung wenigstens eine Untersuchung am erhärteten Präparate vorgenommen wäre, indess davon ist nicht die Rede, und auf die Menge der zu Grunde gegangenen Nervenfasern wird einfach durch die Untersuchung frischer, unter das Mikroskop gebrachter Stückchen des Rückenmarks geschlossen. Sollte es Herrn Meschede

*) Wie Herr Meschede sich überzeugt hat, dass es sich wirklich um „in ihre Elemente zerfallene Nervenfasern" gehandelt, ist nicht angegeben.

wirklich unbekannt sein, wie wenig man aus einer derartigen Untersuchung auch nur annähernd auf die Menge der geschwundenen resp. erhaltenen Nervenröhren schliessen kann? — Aber selbst vorausgesetzt, er hätte erhärtete Schnitte untersucht, war er berechtigt, einen etwa dabei gefundenen geringeren Verlust an nervösen Elementen heranzuziehen, um einen acuteren Character des Krankheitsprocesses daraus herzuleiten? Weiss er nicht, dass ein im Verhältniss zu den oft eminent chronischen Krankheitssymptomen nur geringer Schwund von Nervenröhren nicht selten beobachtet wird? — Sollte er aber auf die Körnchenzellen zum Beweise der Acuität des Prozesses das Hauptgewicht legen, so bedarf es wohl nur der Erinnerung, dass ein solcher Schluss ein vollkommen willkührlicher ist. — Aus dem Gesagten geht hervor, dass Herr Meschede keine neuen Thatsachen beobachtet, sondern nur einer bekannten und noch dazu von ihm unvollständig untersuchten Veränderung eine willkührliche Deutung gegeben hat; die eigentlichen Differenz- und Berührungspunkte der verschiedenen bei den paralytischen Geisteskranken vorkommenden Veränderungen des Rückenmarks hat er nicht gekannt. Da nun aber Herr Meschede bei Hervorhebung seiner Ansprüche sich besonders gegen mich wendet, der ich ihm gegenüber gar keine solche gemacht, und grossen Werth auf diese Dinge legt, so kann es ihm nur erwünscht sein, darauf hingewiesen zu werden, dass auch unter meinen, bereits **1864**, also vor seiner Beobachtung veröffentlichten Fällen von grauer Degeneration bei Paralytikern, gerade bei einem eine enorme Menge von Fettkörnchenzellen in den Hintersträngen gefunden wurde,*) während beiläufig gesagt von einem acuten Verlaufe der Symptome wenigstens keine Rede war.

Ist es nun aber nicht wunderbar, dass Herr Meschede in der Ueberschrift zu dem jüngst veröffentlichten Falle (Deutsche Clinik No. 8 1868) von einem „Falle chronischer Myelitis“ spricht, trotzdem er in dieser selben Mittheilung die besprochenen Veränderungen gerade als solche von mehr acutem Character ganz besonders betont und darin grade das Neue sieht? Die Lösung dieses Widerspruches muss ihm selbst überlassen bleiben. —

Wenn er ferner Gewicht darauf legt, dass die Rückenmarksaffection in seinem 1866 publicirten Falle erst nach entwickelter Geistesstörung aufgetreten sei, so sollte er, falls er meine letzten so vielfach von ihm erwähnten Arbeiten aufmerksam gelesen, jetzt ebenso gut wissen als ich, wie wenig sich aus dem Fehlen motorischer und sensibler Störungen auf das Nichtvorhandensein einer Erkrankung des Rückenmarks schliessen lässt; letztere kann bereits in hohem Grade entwickelt sein, ohne dass erstere beobachtet wurden und es wird daher das erste Auftreten motorischer und sensibler Störungen durchaus nicht mit dem Beginne des Krankheitsprozesses im Rückenmark selbst als zusammenfallend angesehen werden dürfen. Auch in seinem Falle muss es also ganz dahin gestellt bleiben, ob nicht die Rückenmarksaffection viel früher begonnen, als er selbst es glaubt, und bevor die motorischen Störungen auftraten.

Weiter meint Herr Meschede, Angesichts des namentlich von mir auf diese Rückenmarks-Affection gelegten Gewichtes darauf aufmerksam

*) S. Beob. 7, Allgem. Zeitschr. f. Psych. XXI. 1864 p. 387; vgl. weitere Fälle in Virchow's Archiv Bd. 38 und 39, p. 114 und 386, Beob. B und F.

machen zu müssen, dass eine „exclusive Correlation zwischen der beregten Rückenmarksaffection und der paralytischen Geisteskrankheit“ nicht besteht; ich erlaube mir daher gleichfalls, ihn darauf aufmerksam zu machen, dass ich nun und nimmer eine solche „exclusive Correlation“ behauptet habe und auch ungemein thöricht hätte sein müssen, so etwas zu thun; ich habe sogar bestimmte Krankheitsformen, in welchen ich ähnliche Veränderungen vermuthete, im Auge gehabt und auch andere Collegen darauf hingewiesen. Nur pflege ich mich allerdings nicht über Dinge auszusprechen, die ich noch nicht genauer untersucht habe.

Herr Meschede schliesst endlich mit einem Citate von Herrn Dr. Simon, durch welches er hervorheben will, dass es fraglich sei, ob die Motilitätsstörungen der Extremitäten bei Dementia paralytica wirklich auf die Körnchenzellenentwickelung zurükzuführen sind, indem sich letztere auch sehr reichlich in Fällen findet, wo keine Veränderungen des Ganges bemerkt worden, und in Fällen mit ausgesprochener Motilitätsstörung der unteren Extremitäten sich wiederholt nur mässig viele Körnchenzellen nachweisen lassen.“ — So hingestellt, ist hierbei gar nichts fraglich, denn ich habe ausdrücklich nachgewiesen, dass der Grad der (erkennbaren) anatomischen Veränderungen in keinem direkten Verhältnisse zur Motilitätsstörung steht;*) durch das genannte Citat aber muss, nach allem Vorangegangenen, in dem Leser der Glaube erweckt werden, dass ich anderer Meinung bin, während ich gerade die in Rede stehende Thatsache ganz besonders betont habe.

Ich breche hier ab und kann nur wünschen, dass Herr Meschede an meine Arbeiten nicht weitere Irrthümer knüpfe; nur um diese nicht Platz greifen zu lassen, habe ich das Wort genommen. Gewiss steht es Jedem frei, auch einen einzelnen beobachteten Fall in Form einer „Vorläufigen Mittheilung“ zu veröffentlichen und es ist das schliesslich Geschmacksache; knüpfen sich aber bei gleichzeitiger Verschweigung anderer Thatsachen allgemeine Folgerungen daran, so erwächst das Recht und die Pflicht dem entgegenzutreten. W.

Berlin, im April 1868.

---

*) So heisst es z. B. in meinem Aufsatze (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheit I. 1. p. 88): „es gibt, wie ich gezeigt habe, Fälle von sehr entschieden myelitischer Erkrankung der Seiten- und Hinterstränge, ohne dass im Leben die Motilität wahrnehmbar beeinträchtigt ist“ u. s. w.

Notiz. Da dieses Heft schon sehr umfangreich geworden ist, müssen wir die Fortsetzung der Protocolle der Berliner medicinisch-psychiologischen Gesellschaft auf das dritte Heft verschieben.

Druckfehler. Seite 378 Z. 11 v. u. liess „der“ anstatt „des“,
Seite 383 Z. 6 v. u. liess „vom Krampfe“ anstatt „von Krämpfen“.

XXX.

Chorea und Psychose.

Von

Dr. Rudolf Arndt,
Privatdocenten in Greifswald.

Es ist bekannt, dass zwischen psychischen Erkrankungen und Bewegungsstörungen ein sehr enger Zusammenhang besteht, und die neueste Zeit hat die häufige Complication der Psychosen mit krampfigen, ekstatischen, kataleptiformen, hysteriformen, choreaartigen und anderen hierher gehörigen Zuständen dargethan. Meistens sind diese Bewegungsstörungen die nothwendige Folge der cerebralen Erkrankung, durch welche auch die abnorme psychische Funktionirung bedingt wird, und zwar der Art, dass sie ebenso wie diese Theilerscheinung eines einzigen grösseren Krankheitsprocesses sind, wenngleich durch das Vorherrschen der psychischen Symptome demselben der Charakter aufgedrückt wird. Diese Bewegungsstörungen verhalten sich zu den psychischen, wie etwa die Conjunctivitis und die Catarrhe der Respirationsorgane zu den übrigen Symptomen der Masern, wie die Angina zum Scharlach, die Crampi zur Cholera. Ja es kommen, wenn auch nur in unerheblicher Zahl, Fälle vor, in denen die ausgebildetsten psychischen Störungen vornehmlich aus Bewegungen erkannt werden, während die übrigen Veränderungen, die abnorme Gemüthsbeschaffenheit, der schnelle Wechsel zwischen Depression und Exaltation, so unbedeutend sein können, dass sie sich der Beobachtung im ersten Augenblicke entziehen. Selbst von den sogenannten Wahnvorstellungen tragen in derartigen Zuständen sehr viele so wenig den Charakter des Krankhaften an sich, dass sie weit eher als abergläubische Erklärungen eines ungebildeten oder schwach gewordenen Verstandes erscheinen, denn als unmotivirte, unwillkürlich sich aufdrängende Delirien, die ohne alles Zuthun des betreffenden Individuums, oft zu seiner Ueberraschung und seinem Erschrecken, in die normal ablaufenden Vorstellungsreihen

einbrechen und sie verwirren. Doch bilden solche Erscheinungen in Anbetracht der Summe des grossen Ganzen immerhin nur einen geringen Posten und dürften namentlich den noch frischen Fällen mehr eigen sein — wenigstens wird man in den späteren Krankheitsstadien, in der Verrücktheit und im Blödsinn, nicht leicht mehr entscheiden können, ob wirkliches Delirium, oder blosse alberne Erklärungsversuche vorliegen — aber wie gering ihre Anzahl auch sei, sie sind der Schlüssel zu einer weit grösseren, viel räthselhafterer und anscheinend unentwirrbarer Vorgänge. Namentlich scheint mir dies von den ekstatischen, kataleptiformen und choreaartigen Zuständen zu gelten. In Betreff der beiden ersten dürfte wohl auch von keiner Seite ein Zweifel dagegen erhoben werden. Die ekstatische. Regungslosigkeit ist nur im Verlaufe von Psychosen beobachtet worden, und von der Catalepsie ohne psychische Störung liegen so wenig gute Beobachtungen vor, dagegen von der mit Beeinträchtigung der psychischen Sphäre so zahlreiche, dass sich alle Autoren dahin vereinigen, ihr Vorkommen ohne gleichzeitige Seelenstörung in Zweifel zu ziehen. Anders mit den choreaartigen Zuständen! Ueber diese sind die Ansichten noch sehr auseinandergehend, und will ich daher zusehen, ob es mir gelingt im Folgenden auch für sie diesen Zusammenhang nachzuweisen.

Jede Bewegung, wenigstens jede zweckmässige, ist das Resultat eines cerebralen Vorganges, den wir Vorstellung nennen. Damit eine solche zweckmässige Bewegung ausgeführt werden kann, ist es nothwendig, dass Nervenbahnen in Erregung gesetzt werden, welche zu den Muskeln führen, die jene Bewegung zu bewerkstelligen haben: es müssen Impulse gesetzt werden. Diese Impulse jedoch können nicht alle gleichmässig sein, sondern müssen so erfolgen, dass ein Zusammenwirken möglich ist. Dem beabsichtigten Zwecke entsprechend werden sie daher wohl gleichzeitig einzutreten haben, aber der eine stärker, der andere schwächer, damit das Spiel der einzelnen Muskeln harmonisch in einander greife und einen in sich abgeschlossenen Effekt zu Stande bringe. Wenn ich, um ein viel gebrauchtes Beispiel zu benutzen, eine Last emporheben will, so muss ich unter anderen die gesammte Muskulatur des Oberarmes in Thätigkeit versetzen: den biceps, damit der Hauptzweck erfüllt werde, und damit die dazu erforderliche Bewegung stetig und nicht schleudernd sei, auch den triceps; damit ferner aber die Bewegung in einer bestimmten Richtung

erfolge, muss ich den Arm durch die Ein- und Auswärtsroller in dieser feststellen. Der biceps indessen, der am meisten zu leisten hat, wird in stärkere Contraktion versetzt werden müssen, als der nur mässig hemmende triceps, und die Einwärtsroller, je nachdem die Bewegung mehr vorn oder mehr an der Seite vor sich geht, werden in Bezug auf die Auswärtsroller bald mehr bald weniger zu verkürzen sein. Dieses Zusammenwirken der Muskeln zu einem bestimmten Zweck nennen wir die Coordination der Bewegung. Es ist dieselbe somit das Resultat einer zwar gleichzeitigen, aber ungleichmässigen Innervation der betreffenden Muskeln in Folge gleichzeitiger aber ungleich starker Impulse.

Wo diese Impulse entstehen, ist dabei ganz gleichgültig. Nach dem gegenwärtigen Standpunkte der Wissenschaft gehen sie wahrscheinlich von den Ganglienkörpern der Grosshirnrinde aus, die als Träger der psychischen Funktionen angesehen werden, obschon die Ganglienkörper des kleinen Gehirns, das nach einigen Autoren die Coordination vermitteln soll, dabei ebenso wenig ausgeschlossen zu sein brauchen, wie dieselben motorischen Gebilde des Rückenmarkes und ihre Complexe, denen nach anderen Autoren diese Funktion zukommen soll. Ebenso ist es gleichgültig, wie viel zur Ausführung solcher coordinirter Bewegungen von Anfang an im Menschen, wie in jedem Thiere, gelegen ist, wie viel erst Uebung und Gewöhnung zu ihrer Bewerkstelligung beigetragen haben. Wir wollen deshalb auch diesen Punkt unerörtert lassen. Doch wollen wir dagegen nicht ausser Acht lassen, dass Uebung die Fähigkeit zur Ausführung coordinirter Bewegungen steigert, Nachlässigkeit sie beeinträchtigt.

Die Coordination kann mancherlei Störungen erfahren. Die Impulse brauchen nicht gleichzeitig einzutreten, die Stärke derselben braucht nicht die gerade nothwendige Vertheilung zu haben. Die Bewegungen werden dann je nachdem etwas Unsicheres, Schwankendes, Zitterndes, oder etwas Abruptes, Krampfiges, Zuckendes bekommen. Ausserdem aber kann auch noch eine dritte Art von Störung erfolgen. Neben den zu der beabsichtigten Bewegung nothwendigen Impulsen können gleichzeitig oder bald nachher andere auftreten, welche auf Nervenbahnen und durch diese auf Muskeln wirken, die an der Bewegung sich gar nicht zu betheiligen haben. Es entstehen alsdann neben den intendirten Bewegungen noch unbeabsichtigte, völlig unwillkürliche, die bald mehr, bald weniger in die ersteren störend eingreifen und unter dem Namen der Mitbewegungen bekannt sind.

Auch der Grund dieser Mitbewegungen ist noch nicht erforscht. Die

meisten Beobachter leiten sie von einem abnormen Reizzustande des Rückenmarkes her. Sie stützen sich dabei auf die Beobachtungen an decapitirten Thieren, dass ausgiebige Bewegungen, den normalen ähnlich und oft anscheinend zweckmässig, auf Reizung durch den elektrischen Strom oder durch Chemikalien entstehen, und sehen deshalb im Rückenmark das Centrum für die Coordination der Bewegungen, zugleich aber auch den Ort, wo unter bestimmten Verhältnissen die Mitbewegungen zu Stande kommen. Allein 1) muss man bedenken, dass, wie immer man den Reiz applicirt, derselbe stets nur in verhältnissmässig roher Weise beigebracht werden kann und daher niemals bloss eine vereinzelte Leitungsfaser, sondern stets mehrere treffen wird. Er wird somit über den normalen d. h. den durch den Willenseinfluss hervorgerufenen nur wenig Aufschluss geben und daher wieder ganz unentschieden lassen, ob er erst im Rückenmark eine Coordination bewerkstelligt hat, oder ob er nicht schon gewissermassen als coordinirter auf verschiedene Bahnen hingeleitet worden ist; 2) muss man erwägen, dass die Mitbewegungen bei cerebraler Unthätigkeit, bei der Ruhe des Vorstellungsprocesses, im Schlafe, in der Narkose, ebenfalls ruhen. Zwar scheinen die Beobachtungen von Engelhardt*), dass bei Reizung des oberen Theiles des Rückenmarkes Flexionen, bei Reizung des unteren Theiles Extensionen eintreten, ebenso wie die Beobachtungen von Valentin**), dass durch Reizung der Rückenhaut decapitirter Frösche Abduktion und Extension, durch Reizung der Bauchhaut Adduktion und Flexion entstehen, für bestimmte, die Coordination der Bewegungen vermittelnde Centren im Rückenmarke zu sprechen, ja nach den Beobachtungen von Pflüger***) und Auerbach†) scheint diesen Centren sogar eine gewisse Selbstständigkeit eigen zu sein, weshalb die beiden Forscher sich veranlasst sahen dem Rückenmark eine Art von Sensorium zuzuschreiben; allein die Untersuchungen von Flourens, R. Wagner, Budge††) weisen dagegen wieder mit grosser Bestimmtheit auf solche Centren im kleinen Gehirne hin, und so ist die Sache durchaus noch nicht so klar und abgeschlossen, dass man für die Entstehung der Coordination der Bewegungen ganz bestimmte Punkte fixiren könnte. Aus demselben Grunde aber

*) Müllers Archiv 1841. pag. 206 u. f.

**) Valentin, De functione nerv. cerebr. pag. 101.

***) Pflüger, Sensor. Funkt. d. Rückenmarks. Berlin 1853.

†) Auerbach in Günsburgs medic. Zeitschr. Breslau 1856. IV. 452.

††) Budge, Physiolog. d. Mensch. Leipzig. 1862. — Klein. Gehirn pag. 746—750.

ist es auch nicht möglich, den Ursprung der Mitbewegungen zu bestimmen. Doch dürfte es immerhin noch am Wahrscheinlichsten sein, dass die Ursache derselben in dem Uebergreifen des Reizes zu suchen sei, den eine Bewegungsvorstellung auf ein bestimmtes motorisches Centrum ausübt, so dass ausser diesem noch seine Nachbarschaft oder mit ihm in Zusammenhang stehende, andere Centren, gleichviel ob sie im Rückenmarke, oder im Kleinhirn, oder in den Streifenhügeln liegen, mit erregt werden. Wir wollen absehen von den besonderen körperlichen Zuständen, welche einer solchen Annahme Vorschub zu leisten vermöchten: es sind im Allgemeinen die, welche überhaupt eine erhöhte Reizbarkeit der Centralorgane und im Besonderen eine solche der Reflexthätigkeit bedingen. Wir wollen aber bemerken, dass wenn obige Annahme den Grund für die Mitbewegungen wirklich abgiebt, es auch natürlich ist, dass diese je nach der Stärke des übergreifenden Reizes und nach der Ausdehnung, in welcher das Uebergreifen geschieht, bald schwächer, bald stärker, bald einfacher, bald complicirter sein werden, und dass je nach den Muskelgruppen, welche in Mitbewegung versetzt werden, die intendirten Bewegungen bald mehr, bald weniger beeinträchtigt, unter Umständen geradezu unterbrochen und aufgehoben werden können, so dass ein steter Kampf und Wechsel zwischen ihnen und den Mitbewegungen besteht, und ein Effekt entweder gar nicht zu Stande kommt, oder erst nachdem durch neue Vorstellungen neue Reize und Impulse gesetzt worden sind. Denn es ist leicht einzusehen, dass dieses Uebergreifen des Reizes wie auf andere Bewegungscentren überhaupt, so auch im besonderen Falle auf die der Antagonisten erfolgen kann. Wo dies einträte, hätten wir es allerdings nicht mehr mit Mitbewegungen im eigentlichen Sinne des Wortes zu thun, sondern mehr mit antagonistischen; doch da die Ursachen beider, wie aus dem Dargethanen hervorgehen dürfte, nicht weit aus einander liegen, so dürfte namentlich in praktischer Beziehung eine Trennung derselben auch nicht aufrecht zu erhalten sein. Als Beleg dafür wird der folgende Fall dienen.

1) In G. lebt ein hochgebildeter, 33 Jahre alter Mann, von sehr reizbarem Gemüth und poetischem, schwärmerischem Charakter. Derselbe, geistreich, witzig und pikant im Einzelnen, ist dennoch ziemlich unklar und verworren in grösseren Auseinandersetzungen. Er liebt es sich vorzugsweise über Musik, Kunst, Poesie und philosophische Probleme zu unterhalten und wählt dabei gern einen gesuchten, das eine Mal schwülstigen, das andere Mal mädchenhaft zarten Ausdruck. Oefters bleibt er mitten in der Rede stecken, starrt wie abwesend vor sich hin, so dass er nicht weiss, was er eben gesagt, und was um ihn vorgegangen. Obwohl er für gewöhnlich sehr geläufig spricht, fängt er dennoch sehr häufig einen

Satz drei, vier Mal an, ehe er ihn vollendet, und zwar offenbar aus Zerstreutheit, so dass selbst von der Laienwelt er als ein wenn auch geistreicher, so doch nicht ganz klarer Kopf bezeichnet wird. Neben verschiedenen hypochondrischen Zuständen, wechselnder Laune und einigen anderen Neurosen besitzt er auch die. uriniren zu müssen, wenn des Abends Licht angezündet wird. Sein Schädel erscheint kurz und auffallend hoch, der Hinterkopf flach, das Gesicht orthognathisch, fast opistognatisch. Als ein anderer Bildungsfehler findet sich bei ihm eine fistula colli cogenita dextra vor. Dieser Mann, wenn er nicht auf sich achtet und somit Gewalt über sich ausübt, kann mit seinen Händen keine Bewegung ausführen, ohne dass dieselbe nicht sofort die entsprechende Gegenbewegung hervorriefe. Will er z. B. ein Glas nehmen, so fasst er es erst drei, vier Mal an, ehe er es zum Munde führt. Während er dies zu thun bestrebt ist, hebt und senkt er es ebenso oft, bevor er es an die Lippen bringt, und hier setzt er es erst wieder drei, vier Mal an, bevor es ihm gelingt, zum Trinken zu kommen. Will er danach das Glas wieder auf den Tisch stellen, so erfolgt dasselbe Mannöver, aber in umgekehrter Ordnung, und ist das Glas mit einem Deckel versehen, ein Bierseidel, so wird dieser erst einige Male zu- und wieder aufgemacht und einige Male angefasst und wieder losgelassen, ehe er es endlich ruhig stehen lässt. Beabsichtigt er zu essen, so wird der Löffel erst zu wiederholten Malen rasch hinter einander in die Suppe getaucht und wieder herausgehoben, ohne dass dabei eine Absicht dies zu thun erkannt werden könnte, und darauf erst wird er wie mit einem Ruck in den Mund gebracht. Doch wird dieser nie verfehlt. Die Gabel wird erst verschiedene Male auf den Teller gestossen, ehe sie das Fleisch aufspiesst, mit dem Messer werden erst einige gewissermassen verhaltene Lufthiebe gemacht, bevor es gelingt, ein Stück von dem Brote abzuschneiden, das er zuvor einige Male halb krampfig an sich gedrückt und wieder von sich gestossen hat. Ausser diesen Bewegungsstörungen finden sich noch schwächere in der Muskulatur des übrigen Körpers. N. neigt den Kopf bald nach dieser bald nach jener Seite, dreht ihn bald nach rechts bald nach links oder beugt ihn gegen die Brust. Will er sich niedersetzen, so wippt er erst auf dem Stuhle einige Male leicht in die Höhe, wiegt sich hin und her, zuckt mit den Beinen, scharrt mit den Füssen oder macht einige schaukelnde Bewegungen, so dass immer erst eine geraume Zeit vergeht, ehe er dazu kommt, mit Ruhe seinen Platz zu behaupten. Doch sind diese Bewegungen schwächer und weniger auffallend, als die mit den Armen vollführten, und öfters fehlen sie ganz. Die letzteren aber treten um so deutlicher hervor, je lebhafter N. spricht, je mehr er von dem Gegenstande seiner Rede eingenommen ist und je weniger er auf sich achtet. Bis zu einem gewissen Grade kann er sie zweifelsohne beherrschen, vollständig unterdrücken scheint er sie indessen nicht zu können. Am wenigsten markiren sie sich im völligen Gleichgewicht der Gemüthslage und bei dem dadurch bedingten ruhigen Flusse der Rede.

Die Störung der Coordination der Bewegungen durch Mitbewegungen nennen wir Veitstanz, Chorea. Das Charakteristische für sie ist, dass die Bewegungsstörungen nur bei beabsichtigten Bewegungen, also gewollten, eintreten, im bewusstlosen Zustande, im Schlafe, im

träumerischen Versunkensein, in der Narkose dagegen beständig fehlen. Gewohnheitsmässige, automatisch gewordene Bewegungen und Gesten können deshalb in solchen Zuständen ungestört vollzogen werden. Dagegen genügen schon einfache abstracte Vorstellungen in ihnen, z. B. blosse lebhafte Träume, um, wie Marshall Hall und nach ihm andere beobachtet haben, von dieser Regel Ausnahmen zu bilden. Im wachen Zustande reicht schon die Vorstellung einer Bewegung hin, die in Ausführung gebracht werden soll, aber vielleicht noch gar nicht zum Bewusstsein gekommen ist, um solche Mitbewegungen einzuleiten und den beabsichtigten Zweck zu vereiteln. Doch gelingt es nicht selten, wenn die Krankheit noch nicht weit vorgeschritten ist, und der Wille noch energisch aufgeboten werden kann, sie zu unterdrücken oder wenigstens zu hemmen. Man wird deshalb in Versuchung geführt, das Wesentliche des Krankheitsprocesses weniger in einer Störung des Coordinationsapparates zu suchen, von dem wir überhaupt nichts weiter wissen, als dass ein solcher für die in ganz bestimmter Weise agirenden Respirations- und Schluckmuskeln vorhanden ist, als vielmehr in einer scheinbaren Steigerung der cerebralen Reflexthätigkeit, die dadurch bedingt wird, dass gewisse Functionen, welche sonst hemmend auf sie einwirken und von denen eine z. B. der Wille ist, geschwächt oder paralysirt sind. — Die intendirten Bewegungen bekommen durch die Mitbewegungen etwas Unsicheres, Schwankendes, Schlenkerndes, Zappelndes, werden in den höheren Graden von krampfartigen Zuckungen eingeleitet und unterbrochen, so dass, wie schon im Allgemeinen angedeutet worden ist, ein stetes Grimassiren, ein Drehen und Wenden, Strecken und Beugen, Ziehen, Zittern, Zucken und Verzerren des ganzen Körpers oder verschiedener Theile desselben sie begleitet und behindert.

Ich weiss sehr wohl, dass mit dieser Ansicht über Chorea ich mich im Widerspruche mit althergebrachten Meinungen befinde und namentlich dem Reformator der Nervenpathologie, Romberg, damit entgegentrete. Romberg*) hat bekanntlich auf die Beobachtungen von Volkmann, Engelhardt, Valentin, Harless und anderer hin die Entstehung der krankhaften Bewegungen in das Rückenmark verlegt und ihre Unabhängigkeit von cerebralen Einflüssen betont. Er lässt nur gelten, dass sie durch die vom Willen intendirten Bewegungen an Heftigkeit zunehmen, führt indessen weiterhin selbst an, dass

*) Vergl. Chorea in seinem Lehrb. d. Nervenkrankheiten d. Menschen. Berlin 1857.

öfters sich Complicationen mit Gehirnleiden, Aufgeregtheit, Delirien oder Stumpfsinn dazu gesellen (pag. 514) und dass Gemüthsaffecte, vornehmlich Schreck, für die Entstehung der Krankheit am fruchtbarsten seien und dieselbe zuweilen schnell hervorriefen; dass durch den Einfluss der Emotion, durch blosse Verlegenheit schon beim Beobachtetwerden von Anderen die krankhaften Bewegungen an Intensität zunehmen (pag. 516), dass ferner bei der Chorea junger Mädchen, namentlich aber der Schwangeren und Mütter, die Theilnahme des Gehirns sehr selten fehle und sich durch Kopfschmerz, Schwindel, wilden Gesichtsausdruck, rollende Augen, unzusammenhängendes Sprechen, Schwäche des Gedächtnisses, psychische Aufgeregtheit kund gebe (pag. 520); dass endlich Anstrengungen, besonders geistige, während ihres Bestehens schaden.

Noch mehr, obschon auch er eine Rückenmarksaffection als Grundlage für die Krankheit anzunehmen scheint, spricht sich Watson*) für die Mitbetheiligung des Gehirnes aus. „Die Personen“, sagt er, „die diesem Uebel ausgesetzt sind, sind meist ungemein reizbar, oder wie man im gewöhnlichen Leben sagt, nervös. Es schiessen ihnen plötzlich neue Gedanken, neue Gefühle durch den Kopf, eine Gemüthsstimmung verjagt die andere, ohne merklichen äusseren Anlass. „„Der Geist“, sagt Dr. Cullen, „leidet an derselben Krankheit, wie in der Hysterie und wird von denselben wechselnden, überspringenden und grundlosen Stimmungen heimgesucht, wie dort.““ Diese Nervosität zeigt sich schon in dem Umstande, dass diese ruckweisen Bewegungen der Muskeln stärker werden, wenn Jemand, besonders ein Fremder, z. B. der Arzt, den Kranken anredet.“ — Nachdem Watson die allgemein angenommene Abhängigkeit der Chorea von Intestinal- und Uterin-Erkrankungen etc. besprochen und auch der Dentitionsperiode gedacht hat, wobei er den bekannten Fall des Dr. Gregory in Edinburg erzählt, der eine Chorea dadurch geheilt haben soll, dass er die alten Zähne eines Knaben entfernte, neben denen die neuen schon durchgebrochen waren, meint er: „doch darf man in diesen Fällen nicht den Zustand des Zahnfleisches als die einzige Ursache ansehen, sondern er ist nur die Gelegenheitsursache, die zu der schon vorhandenen Prädisposition hinzutritt.“ Ich muss diese Erklärung um so mehr hervorheben, als der Beobachtung, aus welcher sie hervorgegangen,

*) Watson, Die Grundgesetze der prakt. Heilkunde. Deutsch von Steinau. Leipzig 1854. I. XXXVII. Vorles. pag. 465 u. f.

ebenso viel Werth beizumessen ist, als der von Stiebel sen.*) und Froriep.**) Der erstere beobachtete nämlich bei Chorea eine Anschwellung und schmerzhafte Empfindlichkeit des siebenten Halswirbels, welche bei Druck mit dem Finger oder beim Hinüberfahren mit einem heissen Schwamme sich geltend machte, was jedoch 1) weder von Romberg, noch von Hasse bestätigt worden ist, 2) aber auf der sehr häufigen Complication mit Hysterie beruhen kann; und letzterer fand den Processus odontoides epistrophei geschwollen und aufgetrieben bei einem Individuum, das an allerhand Krampfformen gelitten hatte, die das vollständigste Bild des Veitstanzes dargeboten hätten, und das schliesslich in Convulsionen zu Grunde gegangen wäre. Romberg hat meiner Meinung nach diesem Falle viel zu viel Bedeutung beigelegt und auf ihn hin der primogenen Entstehung der Chorea im Rückenmarke sich zu sehr zugeneigt, zumal aus der Beschreibung mir noch nicht hervorzugehen scheint, dass wirklich eine Chorea — eine durch Mitbewegungen entstandene allgemeinere Bewegungsstörung — vorgelegen habe, sondern es vielmehr fraglich bleibt, ob nicht eine Form allgemeiner Krämpfe, ähnlich den partiellen Salam- und Schusterkrämpfen bestanden habe.

Den Watson'schen Auffassungen ganz ähnlich sind auch diejenigen, welche ich bei Bouchut-Bischoff***) finde, und fast ebenso lauten die Aussprüche von Barthez und Rilliet.†) So heisst es z. B. bei ihnen: „Die Verstandeskraft war bei den meisten unserer Kranken ungetrübt; allein wir fanden gleich mehreren Schriftstellern, dass die Kranken im Allgemeinen launig, zornig, leicht erschreckbar waren, und dass die Zuckungen zuweilen schon stärker wurden, sobald man sie nur anblickte.“ Und an einer anderen Stelle, nachdem sie die Theorie von Sée und Botrel besprochen, welche die Chorea für eine rheumatische Affection angesehen wissen wollen, erklären sie pag. 693: „Die Gelegenheitsursachen sind oft leicht zu bestimmen. Die von allen Schriftstellern für die stärkste erklärte ist der Schreck. Wir haben mehrere Kinder behandelt, bei denen die Chorea keine andere Ursache hatte.“

---

*) Stiebel, Kleine Beiträge zur Heilwissenschaft. Frankfurt a. M. 1823, pag. 50.

**) Froriep, Neue Not. aus d. Gebiet d. Nat.- u. Heilkunde 1839. No. 224. pag. 57.

***) Bouchut-Bischoff's Handb. d. Kinderkrankh. Würzburg 1862.

†) Barthez u. Rilliet, Handb. d. Kinderkrankh. Leipz. 1855. pag. 677. Vergl. auch pag. 686.

Hasse*) hingegen ist, wie mir scheint, schon mehr geneigt, die krankhaften Bewegungen von einem Gehirnleiden als von alleiniger Rückenmarksaffection abzuleiten; doch spricht er sich nicht entschieden genug aus und setzt sich, was die psychischen Symptome betrifft, mit sich selber eigentlich in Widerspruch. So will er z. B. sehr bestimmt das Anhaltende der willkürlichen Bewegungen während des Bewusstseins, das Aussetzen bei aufgehobenem Bewusstsein betont wissen, wodurch die krankhaften Bewegungen gewissermassen die Bedeutung spontaner Krämpfe verlieren und vielmehr als mehr oder weniger ausgedehnte Mitbewegungen erscheinen; aber nachdem er noch hervorgehoben, dass Mattigkeit, Schlaffheit und Unlust nie zu fehlen pflegen, dass Kopfschmerzen eine nicht seltene Erscheinung seien, eine vermehrte allgemeine Empfindlichkeit gegen Eindrücke aller Art, eine erhöhte Reizbarkeit der sensibelen Nerven sich im Verlaufe der Krankheit stets einzustellen scheine, fährt er S. 158 fort: „Die psychischen Functionen sind in den meisten Fällen gar nicht gestört — — — Nach längerer Dauer der Krankheit zeigt sich indessen häufig eine gewisse Geistesschwäche, Mangel an Aufmerksamkeit, Abnahme des Gedächtnisses, Unfähigkeit zu einem geordneten Ideengange und zu folgerichtigen Urtheilen, welche wahrscheinlich von der allgemeinen körperlichen Schwäche, von Anämie und der beständigen Ablenkung der Gedanken durch die störenden Muskelbewegungen abhängen dürften. Die nämlichen Umstände verändern die Gemüthsstimmung; die Kranken werden reizbar, schreckhaft, eigensinnig, mürrisch u. s. w., sie suchen die Einsamkeit und werden gleichgültig gegen ihre Umgebung. Ausnahmsweise finden sich Beispiele, wo vorübergehend wirkliche Geistesstörung eintritt, wo sich endlich Blödsinn ausbildet; es sind dann wohl meistens complicirende örtliche Krankheiten der Hirnsubstanz vorhanden.“ Und doch heisst es schon auf der nächsten Seite: „In der Regel beginnt die Krankheit allmählich. Die Kranken sind zuerst aufgeregt und verstimmt, verdriesslich, zerstreut, träge und leicht ermüdet; es zeigt sich Schwindel, Kopfweh, Frösteln, Ameisenkriechen längs des Rückens und der Extremitäten.“ Und noch weiter unten (pag. 161) sagt er: „Als erregende Ursachen werden vorzugsweise deprimirende psychische Affecte genannt, wie Schreck, Furcht u. s. w. Obschon nun in letzterer Zeit die Wichtigkeit derselben sehr angezweifelt, ihr Zusammenhang mit der

*) Hasse, Krankheiten d. Nervenappar. Erlangen 1855.

Entstehung der Chorea als ein mehr zufälliger gedeutet wurde, indem man z. B. sagte, die häufige Erwähnung des Schreckens als Krankheitsursache beruhe auf der unrichtigen Beurtheilung einer bereits vorhandenen krankhaften Verstimmung, Schreckhaftigkeit als Prodromalsymptom, so scheint mir dies doch eine übertriebene Skepsis gegen sehr zahlreiche und bestimmte Beobachtungen zu sein."*) — An den einzelnen Orten schildert also Hasse sehr genau das Zusammentreffen von psychischen Störungen mit Chorea, ja zum Theil sogar die Abhängigkeit dieser von jenen, wenn er auch im Allgemeinen aus einer besonderen, viel zu engen Auffassung von psychischer Störung den Zusammenhang von vornherein von der Hand weist. Ob nun psychische Störung oder nicht, das ist vorläufig gleichgültig; auf jeden Fall wird durch seine Auseinandersetzungen der Zusammenhang oder vielmehr die Abhängigkeit der krankhaften Bewegungen von cerebralen Vorgängen auf das unzweideutigste dargelegt.

Ganz unbedingt aber geschieht dies von Wunderlich.**) Derselbe handelt die Chorea geradezu unter den Gehirnkrankheiten ab und gibt über sie folgende höchst bedeutungsvolle Bemerkungen ab:

„Die häufigste veranlassende Ursache", sagt er, „sowohl der Krankheit im Allgemeinen, als des einzelnen Anfalles ist der Schreck, und bei vielen Choreakranken ruft schon jede Ueberraschung, jeder heftige Sinneseindruck den Paroxysmus hervor (pag. 355), dabei behalten jedoch die Vorstellungen auch unbewusster Art einen Einfluss auf die Contractionen und bei vollkommener Ablenkung der Aufmerksamkeit, so wie im Schlafe hören auch diese meist auf, oder vermindern sich doch (pag. 356). Sehr oft bemerkt man neben der abnormen Bewegung eine mehr oder weniger bedeutende Anomalie der intellectuellen Functionen bis zur vollkommenen Verwirrung, selten bis zur eigentlichen Bewusstlosigkeit ... Je nach der Ausbreitung der Choreabewegungen oder nach der Abwesenheit oder Gegenwart psychischer Störungen hat man zwischen kleinem Veitstanz und grossem unterschieden. Die Uebergänge beider Formen sind aber so vielfach, dass diese Differenz vor der Hand als unwesentlich bezeichnet werden muss und nur der schnelleren Verständigung halber beibehalten zu werden verdient (pag. 557). In den höheren Graden der Krankheit nehmen die Kranken, welche dabei mehr oder weniger psychisch verwirrt erscheinen, bald burleske Gestikulationen und Sprünge unter gleichzeitigem Lachen, Singen und Schreien vor; bald finden sich grässliche Verdrehungen des Kopfes, des Rumpfes und der Glieder mit Ausstossung thie-

---

*) Ich glaube dennoch, dass die von Hasse bestrittene Auffassung die richtige ist. Damit das fragliche Nervenleiden zum Ausbruch komme, ist wie zu allen anderen Nervenleiden eine Disposition erforderlich, gleichviel ob sie angeboren oder erst erworben ist. Der Schreck ist nur die Gelegenheitsursache, durch welche der schlummernde Keim erweckt und zur Entwicklung gebracht wird, gerade so wie bei der Eklampsie, Epilepsie oder den Psychosen.

**) Wunderlich, Handb. d. Pathol. u. Therapie. Stuttgart 1854. 3. I cap. Chorea.

rischen und Schrecken erregenden Gebrülls u. s. w. (pag. 357 und 358).*) Bei allen Kranken aber, auch bei solchen, die keine wirklichen psychischen Störungen zeigen, ist der Gemüthszustand ausserordentlich reizbar, meist ängstlich, sehr oft zum Zorn und Eigensinn geneigt, und bei längerer Dauer pflegt häufig einige Verminderung des Gedächtnisses sich einzustellen .... bei den meisten Kranken kommen Anästhesieen und Hyperasthesieen vor, sehr oft auch vage Schmerzen." Diese vagen rheumatoiden Schmerzen aber, über welche die Kranken klagen, hält Wunderlich für excentrische Sensationen, wie sie bei anderen Gehirnkrankheiten vorkommen. — „Die Reizbarkeit des Chsrakters fehlt in keinem Falle, ist häufig sogar das erste Symptom der Krankheit; sie erreicht oft einen ganz unerträglichen Grad .... reflectirt sich immer wieder in den Krämpfen und jeder Widerspruch, jeder Zwang ruft an Wuth grenzende Affecte hervor, welche sofort von stürmischen Bewegungen begleitet sind .... doch geschieht es, dass in den meisten Fällen nach Aufhören der Chorea diese Entartung des Charakters, die Abstumpfung und Verwirrtheit der Intelligenz und selbst die Schwächung des Gedächtnisses wieder allmählig sich hebt (pag. 359).

Ausser diesen Referaten muss ich noch zwei Beobachtungen von Sée**) und Hughes***) mittheilen. Jener nämlich zählte unter 84 Fällen von Chorea, welche zur Section gekommen waren, 32, bei denen sich mehr oder weniger auffallende Anomalieen der Hirnhäute vorfanden: Verdickungen, Trübungen, Exsudationen älteren und jüngeren Datums, ferner Hirntuberkel und Hirnhyperämie, aber nur selten entzündliche Vorgänge am Rückenmarke und seinen Häuten. Bei den meisten der übrigen Fälle fanden sich einfache Hyperämieen, serose Durchtränkungen der Meningen, erweichte Heerde, die aber auch Terminal-Erscheinungen sein konnten, und nur in 16 Fällen konnte gar nichts nachgewiesen werden. Hughes aber sah in den 10 Fällen, die mit dem Tode geendigt, und die er zu obduciren Gelegenheit hatte, neben anderen organischen Erkrankungen, wie Perikarditis, Endokarditis, Klappenfehler, Leberanschoppung durchgängig Hyperämie des Gehirns und meistens auch solche des Rückenmarkes. — Ich habe um so mehr geglaubt, diese Notizen anführen zu müssen, als von vielen anderen Seiten z. B. Blaches, Barrier, Lacour†) behauptet wird, dass durch die Sectionen an Chorea Verstorbener keine Veränderungen der Centralorgane nachzuweisen seien, und durch diese zum wenigsten die Mitbetheiligung des Gehirns nachgewiesen wird.

---

*) Wunderlich hält diese Fälle für eine Mischung von Manie mit Chorea.

**) Sée, de la chorée etc. in mémor. de l'acad. de méd. XV 1850. pag. 373 u. ff.

***) In Guy's Hospital Reports 1846.

†) Vergl. Bouchut-Bischoff, Kinderkrankh. Würzburg 1862. Chorea pag. 325.

Wir sehen also, dass alle Beobachter, auch wenn sie von vornherein den Zusammenhang von Cerebral-Vorgängen von der Hand wiesen, ihn dennoch durch ihre eigenen Angaben bestätigten. Es gibt sonach keine Chorea ohne gleichzeitige Gehirnaffection und ganz besonders muss ich dem Ausspruche von Wunderlich, dass überall zum wenigsten eine grosse Reizbarkeit des Charakters bestehe, nach allen meinen Beobachtungen beipflichten.

Wenn man nun aber unter psychischen Störungen nicht blos das dumpfe Hinbrüten, das düstere Schweigen, Seufzen und Stöhnen der Melancholischen, das laute Toben, Singen, Schreien und Brüllen der Maniakalischen versteht, wenn man darunter nicht blos das Irrereden, den Wahnsinn, die Verrücktheit und den Blödsinn begreift, sondern darunter auch schon die gesteigerte oder geschwächte Empfänglichkeit für äussere Eindrücke und die anomale Reaction gegen dieselben, d. i. eine erhöhte Reizbarkeit, oder eine gewisse Lethargie darunter zählt, so gibt es auch keine Chorea ohne psychische Alteration. Man muss bei Betrachtung solcher Verhältnisse nicht immer an die exorbitanten Fälle denken; man muss das Gewöhnliche in Rechnung ziehen! Und da zeigt sich, dass die zahlreichsten Fälle psychischer Erkrankungen nur sehr schwach sich äussern, dass die meisten psychisch Kranken gar nicht in die Irren-Anstalten, ja nicht einmal in ärztliche Behandlung kommen. Sie laufen frank und frei herum und verschwinden in der grossen Menge, in welcher sie aber wegen ihrer Missstimmungen, ihrer Verdriesslichkeit, Reizbarkeit, Heftigkeit allenthalben anstossen. Die sogenannte üble Laune, dieser Schnupfen der Seele, wie Thümmel sie treffend nennt, ist oft das einzige in die Augen fallende Symptom, und die Zerstreutheit, die leichte Vergesslichkeit, das Unvermögen im Gespräche eine Sache festzuhalten — „bei der Stange zu bleiben“ — das Unvermögen von hundert angefangenen Geschäften auch nur eines zu Ende zu führen, das wird übersehen, oder als eine blosse Flüchtigkeit, Unachtsamkeit, ein sich Gehenlassen betrachtet. Man sieht diese Zerstreutheit, Unbeständigkeit resp. Verwirrtheit mehr als eine üble Angewohnheit an, denn als eine Krankheit, und doch ist sie das ebenso sehr, wie die Verwirrtheit des Muskelspieles, das wir betrachtet haben. Es gibt somit keine Chorea, ich wiederhole es, ohne gleichzeitiges, psychisches Leiden. Die krankhaften Bewegungen sind nur ein Symptom einer weit allgemeineren Erkrankung. Sie sind Symptome eines Hirnleidens, resp. eines Leidens des gesammten Centralnervensystems, aber niemals eines für sich allein bestehenden Rückenmarkleidens. In einer Reihe von Fällen sind die

krankhaften Bewegungen nur das am meisten imponirende Symptom, das die übrigen, namentlich die psychischen verdeckt; in einer anderen Reihe indessen werden sie wieder von diesen verdeckt, so dass sie entweder als etwas Accidentelles, rein Zufälliges oder gar Gemachtes, oder aber als etwas ganz Besonderes, Fremdartiges erscheinen. Ja es gibt sogar wieder rein psychische Vorgänge, die allein durch choreaartige Bewegungen sich erklären lassen, und so ist denn der Zusammenhang zwischen Chorea und Psychose ein so enger und inniger, wie bei wenig anderen Bewegungsstörungen und eine Trennung beider dürfte kaum mehr aufrecht zu erhalten sein.

Die sogenannte reine Chorea, bei welcher die psychischen Symptome fehlen sollen, in Wahrheit aber nur sehr schwach sich äussern, ist gewissermassen bloss der Vorläufer der ausgesprochenen Psychose. Die fremdartigen Bewegungen sind nur die ersten Symptome des drohenden psychischen Zerfalls. Ebenso wenig indessen, wie jede krankhaft deprimirte Stimmung, jede krankhafte Steigerung des Selbstgefühls zu Melancholie und Wahnsinn, resp. Verrücktheit und Blödsinn führt, ebenso wenig thut dies auch die Chorea. Die meisten Fälle derselben gehen vorüber, ohne dass es zu stürmischen Ausbrüchen, auch für Laien erkennbaren Geistesstörungen käme. Allein wenn dem auch so ist, so heisst es doch sich den Thatsachen verschliessen, ganze Summen von Erscheinungen ignoriren, wenn man den hervorgehobenen Zusammenhang läugnen wollte.

Dem entgegen ist auch keineswegs die Auffassung, dass zwischen Rheumatismus und Chorea ein Zusammenhang bestehe. Bekanntlich haben schon Stoll und Bouteille zu Anfang dieses Jahrhunderts darauf hingewiesen; späterhin geschah dies auch von Bright und noch später von Barthez und Rilliet. Doch erst Sée ist es gewesen, welcher statistisch darzuthun gesucht hat, dass nicht bloss das Zusammentreffen von Rheumatismus und Chorea ein viel häufigeres sei, als man bis dahin anzunehmen gewohnt gewesen, sondern der auch den inneren Zusammenhang zwischen ihnen nachzuweisen sich bemühte und dabei zu der Behauptung kam, dass etwa die Hälfte der Fälle von sogenannter secundärer Chorea einen rheumatischen Ursprung hätten. Allein Sée rechnete unter die Rubrik Rheumatismus alles Mögliche. Nicht bloss die meisten Gelenkaffectionen, sondern auch verschiedene Processe der Brust und des Unterleibes, besonders soweit als sie die serosen Häute betrafen, nebst allen vagen Schmerzen, für die kein plausibeler Grund aufzufinden war, galten ihm als rheumatisch. Wir wissen aber heute besser, was wir von dem rheu-

matischen Ursprunge dieser Vorgänge zu halten haben, und was die vagen, sogenannten rheumatoiden Schmerzen anlangt, so ist die Erklärung Wunderlich's, dass sie als excentrische Projectionen cerebraler Vorgänge zu betrachten seien, viel stichhaltiger. Barthez und Rilliet, welche Sée's Darstellung und die ganze Rheumatismusfrage eingehend beleuchtet haben, kommen deshalb auch pag. 693 zu dem Schlusse: „um nochmals diese Discussion kurz zusammenzufassen, sagen wir, dass die Coincidenz der Chorea mit dem Rheumatismus der einzige für die Verwandtschaft der Natur dieser beiden Krankheiten beizubringende Beweis ist, dass die Häufigkeit dieser Coincidenz uns überschätzt worden zu sein scheint u. s. w."

Dasselbe geht auch aus der Arbeit von Cyon*) hervor, obschon dieser die Wege genauer bezeichnet hat, auf denen die Chorea im Verlaufe des Rheumatismus zur Entwicklung kommen kann. Cyon glaubt nämlich nach Besprechung der Thatsachen sich zu dem Schlusse berechtigt, dass die Chorea beim Rheumatismus nur durch die etwaige Herzaffection vermittelt werde, dass dies bei der Perikarditis z. B. durch die Nv. phrenici, welche von Bright theils intumescirt, theils comprim'rt gefunden worden sind, geschähe, und dass ein ähnliches Verhalten auch bei der Endokarditis stattfände, indem hier der Reiz vom endocardium aus reflectirt werde. Allein so verlockend das auch klingt, so darf man doch nicht vergessen, dass, wenn die fragliche Motilitätsneurose unter den angegebenen Verhältnissen überhaupt zu Stande kommen soll, nothwendiger Weise die besonderen Bedingungen dazu gegeben sein müssen. Denn sonst müsste sie ja bei jedem Rheumatismus, bei jeder Perikarditis, jeder Endokarditis in die Erscheinung treten. Eine Prädisposition dazu, wie sie von Watson betont worden ist, muss vorhanden sein und der Rheumatismus mit seinen Folgezuständen ist nur die Gelegenheitsursache zu ihrem Ausbruch, gerade so wie unter anderen Verhältnissen das geschwollene Zahnfleisch, der aufgetriebene Zahn des Epistropheus, der schwangere Uterus, welcher auf die Beckennerven drückt u. dgl. m. Und das weist uns wieder auf das Centralnervensystem hin, von dem wir gefunden haben, dass bei der Chorea niemals bloss sein unterer Theil, das Rückenmark allein befallen ist, wie von so vielen Seiten behauptet wird, sondern dass wesentlich sein Haupttheil, das Gehirn selbst, in besondere Störungen gerathen ist.

---

*) Cyon, die Chorea und ihr Zusammenhang mit Gelenkrheumatismus Perikarditis und Endokarditis. Wien. Zeitschrift. XXI. 1865.

Für diese Auffassung spricht endlich auch der Erfolg oder Nichterfolg der verschiedenen Behandlungsarten. Alles was sich bei der Behandlung bestimmter Psychosen vortheilhaft erwiesen hat, ist auch bei der Behandlung der Chorea von Vortheil; was dort nichts nützt, oder gar schadet, ist auch hier von keinem besseren Erfolge begleitet. Ruhe des Körpers und des Geistes, die ländliche Stille und Abgezogenheit vom Treiben der Welt, verbunden mit einer ablenkenden, die Aufmerksamkeit fesselnden, doch nicht ermüdenden Beschäftigung, eine kräftige, aber reizlose Diät, daneben tonisirende Medicamente und solche, welche eine gewisse Specificität auch für andere Nervenleiden haben, wie z. B. der Arsen, Kräftigung durch Bäder, besonders Schwefelbäder und kalte Uebergiessungen, durch frische Luft und mässige Bewegung, haben sich stets vortheilhaft erwiesen. Dagegen haben Mittel, welche direct das Leiden, oder vielmehr seine Symptome bekämpfen sollten, sich meistens geradezu schädlich gezeigt. Die Narcotica, mit Ausnahme des noch zweifelhaften Strychnins, namentlich aber die Opiate, stehen durchweg in sehr üblem Rufe. Nicht viel besser wird das Chloroform beurtheilt. Aber wenn Stiebel jun.*) daraus den Schluss zieht, dass die Chorea deshalb keine Gehirnaffection sein könne, sondern vielmehr eine solche des Rückenmarkes sein müsse, so ist mir die Ratio davon nicht klar. Die Narcotica und besonders die Opiate werden in vielen, vollständig sicher gestellten Gehirnkrankheiten nicht vertragen, oder lassen wenigstens, wie bei den meisten Psychosen im Stich. Man denke nur an die Resultatlosigkeit nach ihrer Anwendung bei den Erregungszuständen im Verlaufe der progressiven Paralyse, bei der sogenannten protrahirten Manie der Weiber, bei vielen Formen der Melancholie**), an ihre oft übele Wirkung bei Reizzuständen des Gehirns und Rückenmarkes in Folge von geistiger Ueberanstrengung, von Nachtwachen, von Kummer und Sorge. Ein Gleiches gilt nach meinen Erfahrungen auch vom Chloroform. Und es ist dies ganz natürlich! Denn alles, was die Energie des Centralorganes herabsetzt, schwächt auch diejenigen Functionen, welche ohnedies schon beeinträchtigt sind, den Willen und die sonstigen die Reflexthätigkeit hemmenden Vorgänge, und gestattet, weil diese nicht im Stande sind, die etwa auftretenden Mitbewegungen zu unterdrücken, denselben ihr ungebändigtstes Spiel nur in um so höherem Grade. Dagegen ist es

*) Stiebel jun., Journ. für Kinderkrankheiten, 1851. Bd. XVI.

**) Vergl. Tigges, Zur Behandlg. der Melanch. mit Opium. Zeitschr. f. Psych. Bd. XXI. 1864.

vollkommen verständlich, dass in einzelnen schweren Fällen man von grossen Dosen Opium, wie sie Trousseau vorgeschlagen hat, oder von der palliativen Anwendung des Chloroforms bis zu tiefer Narkose, Gutes zu erwarten hat, weil sie die Gesammtthätigkeit des Gehirns aufheben, dadurch Ruhe bewirken, wenigstens für Stunden die aufreibenden Bewegungen beschwichtigen und Schlaf möglich machen, worauf es vor allen Dingen ankommt. Aus demselben Grunde ist auch ersichtlich, dass in vielen Fällen die Kräftigung jener Functionen durch directe Einwirkung auf dieselben, wie sie bei der Behandlung mancher Psychosen von Erfolg gekrönt ist, so auch hier günstig wirken kann. Der meist ausserordentliche Einfluss der Gymnastik, wie dieselbe zuerst von Darvin und Louvet-Lamarre berücksichtigt, späterhin von Sée, welcher nach dem Tacte der Musik rhythmische Bewegungen machen liess, durch Eulenburg und Neumann, welche nach dem Princip der schwedischen Heilgymnastik verfuhren, ausgebildet worden ist, dürfte allein auf diese Weise seine Erklärung finden.

Die in Rede stehenden Bewegungsstörungen sind in allen animalen Muskeln, mit Ausnahme der beiden sphincter ani und vesicae beobachtet worden. Am häufigsten aber zeigten sie sich in solchen, deren Innervation 1) durch denselben Nervenstamm bewerkstelligt wird, 2) deren Endigung frei, d. h. an keine fixen Punkte gebunden ist. Die mimischen Gesichtsmuskeln, die Augenmuskeln und die Zunge werden deshalb am häufigsten von ihnen befallen und in der That figurirt ja die Beschreibung der Chorea der Gesichtsmuskeln und der Zunge in allen Handbüchern mit an der ersten Stelle. Selten nur sollen die Muskeln des Kehlkopfes dieser Affection unterliegen. Letzteres mag richtig sein, wenn man eine reine und eine mit Geisteskrankheit complicirte Chorea unterscheidet; sobald man aber diesen Unterschied fallen lässt, kann man auch jene Behauptung nicht mehr aufrecht erhalten, besonders wenn man den Kehlkopf nicht für sich allein, sondern als Theil des Sprachapparates in Betracht zieht. Choreaartige Mitbewegungen im Sprachapparate sind da gar nicht so selten. Sie sind öfters beobachtet und beschrieben worden, nur hat man sie zumeist anders gedeutet. Man hat von Theilung des Ichs, von Spaltung der Persönlichkeit, von Satz und Gegensatz bei aufgehobener Verbindung gesprochen und bei unklaren Vorstellungen etwas Unerklärliches und Wunderbares da gesehen, wo ein einfaches physiologisches Gesetz, wenn auch in anderer Form zur Erscheinung kam.

Der Grund davon liegt meinem Dafürhalten nach in dem Umstande, dass man die Sprache selbst als etwas so überaus Wunderbares und ein den übrigen Functionen des Körpers so heterogenes Vermögen des Geistes angesehen hat, dass man einen Vergleich zwischen diesen und jener erst gar nicht anstellte. Man hatte lange sich daran gewöhnt gehabt das Empfinden, das Fühlen, ja selbst das Hören und Sehen als rein körperliche Vorgänge zu betrachten, bevor man nur daran dachte, auch die Sprache diesen zuzuzählen, und eine grosse Reihe von Männern der Wissenschaft, freilich meist aus anderen Facultäten, gibt es noch heute, welche sich dem entgegenstemmen und bei der alten Ansicht verharren, nach welcher die Sprache vollständig von den übrigen Vermögen zu trennen und allein dem Menschen eigen sei als ein Ausfluss des ihm innewohnenden göttlichen Geistes. Und dennoch sind die erstgenannten Vorgänge, das Empfinden wie das Fühlen, das Hören wie das Sehen nicht mehr körperliche und nicht weniger psychische Vorgänge, als die Sprache. Sie sind ebenso wie diese an die Sphäre der Vorstellungen geknüpft, sie bestehen nur, so lange diese besteht und gehen verloren, sobald diese zu sein aufhört. Aber was ist nun die Sprache? Es würde mich zu weit führen, wenn ich alle die Ansichten und Definitionen hier aufzählen wollte, welche im Laufe der Zeit darüber abgegeben worden sind. Ich fasse mich kurz und theile nur meine Meinung darüber mit. Was wir unter Sprache verstehen, sind Bewegungen, welche den Zweck haben, andere mit unseren Vorstellungen bekannt zu machen. Das aber ist nicht ein dem Menschen allein zustehendes Vermögen. Wenn der Hund mit dem Schwanze wedelt, um seine Freude, seine Zuneigung auszudrücken, so spricht er; wenn er seinen Herrn mit der Pfote kratzt, oder mit der Schnautze stösst, damit dieser ihm die Thür öffne, ihm zu fressen oder zu trinken gebe, so ist das Sprache, wenn auch nicht menschliche, und das Volk hat vollständig recht, wenn es von Zeichen- und Geberdensprache, von Sprache der Augen, vom beredten Mienenspiele redet. Ja wie sehr dies Geltung hat, sehen wir daraus, dass es eine sehr complicirte Art sich zu unterhalten gibt, ohne dass dabei auch nur ein Wort verlautbart würde, und wobei doch ein volles Verständniss erzielt wird, nämlich die Pantomime. — Was wir aber Sprache im engeren Sinne des Wortes nennen, sind Bewegungen im eigentlichen Sprachapparate, im Kehlkopf, in der Muskulatur der Rachen- und Mundhöhle, der Lippen, um die beim Ausathmen durch die Schwingungen der Stimmbänder in Schwingungen versetzte Luft so zu modificiren und artikuliren, dass sie von

anderen in bestimmter, durch Gewohnheit oder Uebereinkommen festgesetzter Weise wahrgenommen werde und so zur Mittheilung der Vorstellungen diene, welche uns jeweilig beschäftigen. Oder anders ausgedrückt, was wir Sprache nennen, sind coordinirte Bewegungen zur Erzeugung conventioneller Klangbilder, d. h. Worte, durch die wir uns anderen mittheilen.

Diese Bewegungen nun können ebenso gut, wie alle anderen durch Mitbewegungen Störungen erfahren, und der durch sie beabsichtigte Zweck dadurch vereitelt werden. Rufz*) schon hat dies erkannt und darauf aufmerksam gemacht. Man solle nicht, heisst es bei ihm, die Erschwerung der Aussprache, das Lallen und Stocken der Choreakranken, bei denen ja häufig eine Verblödung eintrete, für Symptome schon gestörter Verstandesthätigkeit ansehen, sondern vielmehr für eine Beeinträchtigung in der Bewegung der Zungenmuskulatur. Alle Autoren, welche nach ihm über Chorea geschrieben, haben dies auch festgehalten, sind jedoch nicht über eine gewisse Grenze hinaus gegangen und haben sich nur an die allerersten und einfachsten Formen dieser Störungen gehalten, während sie die complicirteren einem anderen Krankheitsprocesse zuschrieben und vornehmlich als Symptome tiefer geistiger Störung, insonders herrschender Wahnvorstellungen ansahen. Wir werden sehen, wie wenig recht sie daran gethan haben.

Die einfachste Form der fraglichen Störungen zeigt sich in erschwerter oder undeutlicher Articulation, in Stocken und Anstossen, Schmatzen, Schnalzen, seltener schon in dem Auftreten abrupter, unarticulirter Laute, die einen krächzenden, heulenden, pfeifenden oder zischenden Charakter haben. Es ist z. B. bekannt, dass eine ganze Anzahl von Stotterern, wie Eisenmann dargethan hat, dies in Folge solcher noch einfachen Störungen sind. Zwar hat Hasse darauf hingewiesen, dass bei vielen derselben die anomalen Bewegungen offenbar den Charakter des Krampfigen an sich tragen, dass eine abnorme Spannung einzelner Muskelgruppen die Ursache davon sei. Allein es ist nicht recht einzusehen, warum ein wesentlicher Unterschied vorhanden sein soll zwischen einer Muskelcontraction, welche nur eine Secunde dauert und einer solchen, welche deren fünf oder zehn anhält, sobald die Ursache, nämlich die Mitbewegung, ein und dieselbe ist. Ein stärkerer oder schwächerer, ein anhaltender oder ein nur momentaner Reiz erklärt alles. Zwar ist der Effect ein anderer, d. h. das in die Erscheinung tretende Bild ist anders. Im letzteren Falle

*) Rufz in Arch. général 1834. Bd. IV. pag. 215 u. ff.

ist etwas Starres, Gespanntes, im ersteren etwas mehr Bewegliches vorhanden. Bei den Stotterern ist aber fast durchweg in beiden Fällen ein und dieselbe Ursache da, nämlich Erregung mehr oder weniger betheiligter Nervencentren in Folge der willkürlichen Erregung bestimmter anderer. Zum Beleg mögen folgende Fälle dienen.

2. In einer mir bekannten Familie, in welcher die Mutter, eine nervöse, bei jeder Gelegenheit ärgerlich erregte Frau, die zeitweise von Schwindelanfällen heimgesucht wurde, stotterte, stotterten auch ihre drei Kinder, welche eine ganz gleiche Reizbarkeit des Gemüthes besassen. Der Mund wurde breit gezogen, die mm. zygomatici, die levatores anguli oris et alae nosi sowie der depressor labi inferioris gespannt, so dass man sie durch die dünne Haut deutlich erkennen konnte. Die Zunge wurde ruhig und fest auf den Unterzähnen gehalten und nur der Unterkiefer um ein Geringes bewegt, dabei nichts als das bekannte t-t-t-t herausgebracht, ehe es nach einiger Zeit gelang, den beabsichtigten Gedanken auszusprechen. Die beiden Söhne, welche erwachsen das älterliche Haus verliessen und mehrere Jahre von demselben entfernt lebten, legten das Uebel ab und sprachen späterhin ganz geläufig. Die Tochter, welche im Hause geblieben war, wurde dagegen dasselbe nicht los. Bei allen vier Personen trat die Bewegungsstörung stärker hervor, wenn eine gemüthliche Erregung Statt hatte und verschwand zeitweise in der ruhigen, gleichmässigen Unterhaltung, ja fehlte gänzlich, wenn sie vor sich hin sprachen, mit ihrem Hunde und ihren Vögeln kosten, oder wenn sie sangen. Dass diese Bewegungsstörungen zu Gunsten eines eigentlichen Krampfes, eines ohne psychische Veranlassung eintretenden spontanen Erregungszustandes motorischer Centren, spräche, will mir nicht einleuchten. Unschwer jedoch lässt sich in ihnen eine länger dauernde Mitbewegung der genannten Muskeln erkennen, durch welche der beabsichtigte Zweck vereitelt wurde.

3. Ganz ähnliche Erscheinungen bestanden bei zwei Freunden von mir während der Pubertätszeit. Bei einem gewissen Grade psychischer, namentlich ängstlicher Erregung und ganz besonders, wenn sie sich recht zusammennehmen wollten, konnten sie mit der Sprache nicht fort. Während sie im gewöhnlichen Verkehr nichts oder nur ganz vereinzelt etwas von dem Uebel erkennen liessen, waren sie in der Schule, zumal wenn es galt, das aufgegebene Pensum herzusagen, nicht im Stande zu Worte zu kommen. Bei Beiden verlor sich das Uebel, nachdem längere Zeit die Gelegenheits-Ursachen fern gehalten worden waren. Der eine hatte aufgehört zu stottern während der grossen, vierwöchentlichen Sommerferien, die er auf dem Lande verbracht hatte, der andere während seines mehrmonatlichen Aufenthaltes bei einem das Stottern heilenden Dorfschulmeister.

4. Dasselbe zeigt der folgende Fall, welcher etwas verwickelter ist und einen etwa 25jährigen Officier betrifft. Das Stottern desselben ist im Ganzen so unbedeutend, dass er seine Functionen als Commandeur vollständig ausfüllen kann und sie selbst während des Feldzuges von 1866 zur Zufriedenheit seiner Vorgesetzten ausgefüllt hat. Es tritt das Stottern nämlich nur bei einer gewissen Erregtheit, nach dem Genusse eines Glases Bier oder Wein, oder im leidenschaftlichen Zustande ein. Allein alsdann erfolgt mitten in der Rede ein eigenthümliches Meckern. Der Mund wird nach links verzogen, die rechte Mundhälfte erscheint vollständig starr und unbeweglich und zugleich wird in einem viel tieferen Tone und einem vollständig veränderten Timbre ein rauhes ŏe. óe-ŏe - - ŏe. ŏe-ŏe aus-

gestossen. Darauf geht der Redefluss ruhig und glatt weiter, bis mit einem Male von Neuem der Lippenkrampf und das rauhe ðe - ðe - ðe - - ðe - ðe - ðe erfolgt.

In den höheren Graden der Krankheit wird der Redefluss unterbrochen durch das völlig unmotivirte und unwillkürliche Auftreten von Worten, die in gar keinem Zusammenhange mit dem eben Gesagten stehen und meist Schimpfwörter oder Flüche sind. Ein ganz ausgezeichneter Fall dieser Art ist nachstehender.

5. In Schlesien lernte ich einen ziemlich allgemein bekannten, vornehmen Mann, früheren Officier und nachherigen hochgestellten Beamten kennen, welcher an exquisiter allgemeiner chronischer Chorea litt und die ausgedehntesten aus ihr hervorgehenden Sprachstörungen darbot. Der Kranke konnte keinen Schritt thun, ohne das Bein zu schleudern oder zuckend zu heben und es mehr oder weniger stampfend niederzusetzen. Bald wurde es leicht rotirt, bald abducirt, bald adducirt, so dass der Gang in diesem Augenblicke breitbeinig erschien und im nächsten ein Fuss auf den anderen oder gar über denselben gesetzt wurde. Mit den Armen wurden die ausgiebigsten Bewegungen gemacht. Wollte der Kranke etwas ergreifen, so wurde die Hand in weitem Bogen zu dem Gegenstande geführt, beim Zugreifen selbst wurde derselbe aber erst verfehlt und wieder verfehlt, bevor es gelang, ihn festzuhalten. Das Umgehen mit Messer und Gabel hatte das gefährlichste Aussehen. Dieselben wurden in der Luft die verschiedensten Wege geführt, kreuz und queer dicht bei Nase und Auge vorübergebracht, mit denselben bald stechende bald hiebartige Bewegungen vorgenommen. Kein Bissen konnte in den Mund gebracht werden, ohne dass er nicht erst an Kinn und Wange gestossen, und der Mund erst wiederholt geöffnet und geschlossen wurde. Dagegen konnte der Kranke für sich allein ruhig sitzen und war selbst im Stande, wovon ich Augenzeuge gewesen bin, zu kutschiren. Es scheint danach, als ob er nur dann, wenn er psychisch lebhafter agirte, von den Störungen befallen wurde, die sonst ziemlich latent sich verhielten. Dieser Mann nun, besonders wenn er sein Leiden verbergen wollte, brachte kein Wort heraus, ohne demselben erst durch Gesichterschneiden, Zungezeigen, durch Pfeifen, Zischen und den obligaten „Schweinhund“, „Hundsfott“, „Bestie“ den Weg frei gemacht haben. Als ich ihm vorgestellt wurde, machte er mir das übliche Compliment unter Gesichterschneiden mit „Huit-st-huit-st- S-ch-weinhund- Diener.“ Der Mann war, abgerechnet seine vielen Excentricitäten und Bizarrerieen, von denen Schlesien ganz voll ist, und die ihm im Jahre 1848 durch den aufgebrachten Pöbel fast das Leben gekostet hätten, im Uebrigen anscheinend gesund, frisch und wohlgenährt und von bedeutender Intelligenz. Aus diesem Grunde aber wurde auch sein Leiden, so complicirt es war, sowohl von ihm selbst als auch von anderen ganz richtig beurtheilt und als Chorea angesehen, während ganz ähnliche, ja ganz gleiche Zustände bei weniger Intelligenten und Ungebildeten oder bei Geisteskranken ich eine durchaus andere Beurtheilung habe erfahren sehen.

Auf dem Boden der gewonnenen Erfahrungen wollen wir nun versuchen, ob sich nicht eine ganze Reihe von Geisteskrankheiten als Chorea erweisen oder auf choreaartige Zustände zurückführen lassen.

6. In der Irren-Anstalt bei Halle a. S. befand sich in den Jahren 1866 und 1867 ein junger Apotheker, R., c. 30 Jahre alt, welcher bei seiner Erkrankung von melancholischer Angst und Verfolgungswahn befallen nach dem Sonnenstein gebracht worden war. Hier entwickelten sich im weiteren Verlaufe der Krankheit allerhand alberne, stabile Wahnvorstellungen und zu diesen gesellten sich entsprechende Bewegungen, Redensarten und Ausrufe. Der junge Mann hatte den Wahn, von den Freimaurern aus irgend welchem Grunde gepeinigt zu werden. Sie leiteten auf ihn electrische Ströme und deshalb wurde er am ganzen Körper geschüttelt. Er stand dann da, zuckte auf einmal zusammen, streckte die Arme gerade herunter, ballte die Fäuste und machte mehrmals rasch hinter einander zuckende Bewegungen von oben nach unten. Oefters bog er sich leicht nach hinten über, den Kopf nach einer Seite gewendet und leicht geneigt. Ein kräftiges „Bau! Bau!“ entfuhr zwischendurch seiner Kehle. Ferner machten dieselben Menschen ihm Zungenschleife. Er musste dann irgend welchen Unsinn sagen, gewöhnlich auch wieder „Bau! Bau!“ oder „Hichte bau, bimberlimbim, hichte bau bi!“ Oder sie gaben ihm Knallschoten, Schläge an den Kopf, bei denen derselbe nach einer Seite flog und er unwillkürlich das Gesicht verziehen musste. Als unheilbar war dieser Kranke nach Halle gebracht worden, und durch anderthalb Jahre habe ich ihn dort zu beobachten Gelegenheit gehabt. Die beschriebenen Zustände liess er alltäglich erkennen, dabei aber auch noch einen Kern ziemlich gesunder Elemente. Er unterhielt sich durch Lectüre, schrieb durchaus zusammenhängende, logisch geordnete Briefe, arbeitete unter Aufsicht in der Apotheke und zwar mit einer Genauigkeit und Sorgfältigkeit, die durchaus nichts zu wünschen übrig liess, und in Zeiten, wo er sich allein und unbeobachtet glaubte, verhielt er sich ruhig und gesetzt. Sowie er jedoch erregt wurde, was leicht durch den Besuch eines Arztes, namentlich des Directors geschah, vor dem er einen grossen Respect hatte, so war er wie umgeändert. Er schnitt Gesichter, verzerrte den Mund, riss ihn weit auf, streckte die Zunge heraus, kniff die Augen zu, um sie gleich wieder zu öffnen, rollte die Augen, bog den Kopf bald nach rechts, bald nach links, hob ihn in die Höhe oder senkte ihn auf die Brust und schüttelte sich, wie von starken electrischen Strömen getroffen. Und wurde er angeredet und gefragt, warum er solch fratzenhaftes Begehen äussere, dann mussten erst wiederholte „Bau, Blau, histebau, bimberlimbim, histebau bi“, vorausgehen, ehe die Antwort kam: „Ich kann nichts dafür. Ich muss es machen, weil es mir gemacht wird. Es sind Freimaurerstreiche.“ Bald nach den erstsn Malen, dass ich mit ihm zusammengewesen war, hatte ich mir die Ansicht gebildet, dass die krampfartigen Zustände der Muskeln, dass selbst die baroken Worte und Ausrufe das Primäre, der Wahn von den Freimaurern gequält zu werden, das Secundäre sei. Ich stiess bei den Anstaltsärzten auf Widerspruch. Sie waren der Meinung, dass es sich umgekehrt verhielte, dass der Wahn von den Freimaurern verfolgt zu sein und mittelst Electricität und anderer Kräfte gepeinigt zu werden, das Ursprüngliche, und die beschriebenen Aeusserungen erst die Folge davon wären. Weil der Kranke sich einbildete electrisirt zu werden, deshalb sollte er sich strecken und schütteln; weil er wähnte geschlagen zu werden — Knallschoten zu bekommen — den Kopf auf die Seite werfen; er sollte „Bau, bau, bimberlimbin, bau“ schreien, weil er sich einbildete unter dem Einflusse fremder Mächte zu stehen, die ihn Unsinn zu sprechen zwängen. Allein der Kranke bestätigte späterhin meine Ansicht, wie ich glaube, auf das Vollständigste. Als nämlich auf einige

Zeit eine Remission seines Leidens eintrat, trat auch der Wahn zurück. Er gab ihn nicht auf, dazu hatte seine Capacität doch zu sehr gelitten und vermochte sich nicht mehr über eine gewisse kindische Sphäre zu erheben, indessen hin und wieder fing er doch an ihn zu bezweifeln. Mit weinenden Augen erklärte er mir da, er könne nichts für sein Benehmen. Alles käme plötzlich über ihn ohne seinen Willen; er selbst mache nichts. Ohne dass er sich es versähe, würde er auf einmal geschüttelt; ohne dass er vorher etwas spüre, flöge ihm plötzlich der Kopf auf die Seite, ohne dass er es zu hemmen vermöchte, müsste er die verrückten Worte aussprechen, bevor er die gewünschte Antwort zu geben im Stande wäre. Ja sehr häufig entführen ihm Ausdrücke und Redensarten, Malicen und Sottisen, ohne dass er an sie gedacht hätte. Bevor er sie ausgesprochen, hätte er keine Ahnung von ihnen. Aber darum eben müssten sie ihm gemacht sein. Anders könne er sich die Sache nicht erklären. Die Freimaurer thäten alles; aus welchem Grunde, das wüsste er nicht, denn er wäre sich keiner Schlechtigkeit bewusst; aber sie thäten es gemäss eines Buches, in dem alles was mit ihm zu thun wäre, verzeichnet stände. — Der Kranke genass nicht. Doch wurde er gebessert auf den Wunsch seiner Angehörigen entlassen.

7. Ein zweiter Fall der Art betrifft einen Mann in mittleren Jahren, Bl., welcher in einem raptus melancholicus, nachdem er schon vorher eine Zeit lang an Hallucinationen gelitten, seine Frau ermordet hat. Seit fünfzehn Jahren gehört er derselben Anstalt an. Er ist so gebessert, dass man für gewöhnlich nichts Krankhaftes ihm anmerkt, und nur der Umstand, jene schwere That begangen zu haben, bannt ihn noch an die Mauern, die er sonst vielleicht längst verlassen hätte. Dieser Mann bekam früher von Zeit zu Zeit, besonders wenn durch heftiges Drängen nach Entlassung heftigere Erregungszustände sich kund gaben, die er sonst sehr geschickt zu verbergen verstand, Anfälle, in denen er hastig auf und abgehend zwischen rasch hingemurmelten Worten halb grunzende, halb heulende Töne ausstiess. Später befragt, warum er das gethan, wollte er zuerst nicht recht mit der Sprache heraus. Er fürchtete, wie er geradezu erklärte, etwas zu sagen, was als krankhaft gedeutet werden könnte, und das würde ihm bei seinem Wunsche nach Entlassung nur hinderlich sein. Endlich aber erwiderte er ohne Rückhalt: Das wisse er nicht, warum er es gethan. Er habe es gemusst. Die Töne seien aus ihm herausgekommen, ohne dass er sagen könne, wie? Sie seien auf einmal dagewesen. Wahrscheinlich aber habe derselbe Geist ihn dazu gezwungen, der ihn auch angetrieben, seine Frau zu tödten. Er betheuere bei allem, was ihm heilig sei, dass er nicht wisse, wie er zu solchem Thun gekommen. Man möge ihm das nicht übel auslegen, er habe nur so und nicht anders gekonnt. Uebrigens aber müsse er auch bekennen, dass nicht bloss die besprochenen Laute so abrupt ihm entfahren seien. Zu wiederholten Malen habe er wahrgenommen, dass er Aussprüche gethan, von denen es ihm unerklärlich gewesen, wie er zu ihnen gekommen. Sie wären ihm plötzlich entschlüpft gewesen. Er habe Mitten im Gespräch irgend etwas gesagt, was gar nicht zu seinem übrigen Denken gepasst habe. Aber erst nachdem es ausgesprochen worden, habe er davon ein Bewusstsein gehabt. — Auf die Frage, wie er dazu gekommen sei anzunehmen, dass ein Geist ihn zur Ausstossung jener thierischen Laute getrieben habe, meinte er ganz ruhig und überlegt: Jedes Ding müsse seine Ursache haben, also die Laute auch. Er habe sie, wie er schon ausgesagt, nicht ausgestossen, wenigstens habe er das nicht aus freien Stücken gethan; folglich müsse ein anderer ihn, ohne dass er es

gemerkt habe, dazu gezwungen haben, und das könne nach allem doch nur ein unsichtbares Wesen, ein Geist gewesen sein. Er glaube zwar nicht an Spuk und Teufelswerk, allein in diesem Falle müsse er doch so etwas annehmen. Das allein erkläre auch die That, welche er an seiner Frau verübt habe.

Wer erkennt in diesen beiden Krankengeschichten nicht das Bild des Besessenseins, wie es von allen Schriftstellern gezeichnet wird? In dem einen Falle haben wir die Freimaurer, in dem anderen irgend einen beliebigen Geist als Ausdruck einer überwältigenden, feindlichen Macht, welche das Individuum zwingt, Handlungen zu begehen, die es späterhin selbst als verkehrte, ja ihm durchaus fremdartige erkennt. Und wer denkt bei diesen beiden Fällen nicht gleichzeitig an die klassische Schilderung, welche Griesinger von diesem Zustande gibt?

„Die noch leichteste Andeutung dieses psychologischen Vorganges", sagt er, „ist in den nicht besonders seltenen Fällen zu erkennen, wo die eben ablaufenden Gedankenreihen immer von einem, sich ganz unwillkürlich daran knüpfenden inneren Widerspruche begleitet werden, was denn schon eine fatale Theilung, Spaltung der Persönlichkeit zur Folge hat. — In den ausgebildetsten Fällen bekommt dieser Kreis der das eben Gedachte mit Widerspruch begleitenden Vorstellungen eine grosse Selbstständigkeit, setzt von sich aus den Sprachmechanismus in Bewegung, äussert sich, verkörpert sich in Reden, welche also nicht dem (gewöhnlichen) Ich des Individuums angehören. Dieser Vorstellungscomplex, welcher selbstständig in die Sprachorgane wirkt, wird vor dem Aussprechen dem Individuum selbst nicht bewusst, wird nicht von dem Ich appercipirt; er kommt aus einer Gegend der Seele, welche für das Ich nicht beleuchtet ist; er erscheint also wie ein der Individualität fremder, einen Zwang auf sie ausübender Eindringling. Ungebildete Leute sehen in ihm ein fremdes Wesen."

Griesinger*) führt zwei Krankengeschichten von Besessenen an, welche er selber beobachtet hat. Von diesen scheint vornehmlich die zweite, wie ich glaube, für meine Ansicht zu sprechen, dass die anomalen, mit veränderter Stimme erfolgten Widersprüche, welche bei noch gut erhaltener Intelligenz, nach jedem Gedanken sich aufdrängten, durch choreaartige Mitbewegungen im Sprachapparate hervorgerufen worden seien. Doch darf ich nicht zu viel darauf geben, weil keiner anderen Bewegungsstörungen, die auf Chorea hindeuteten, Erwähnung gethan worden ist. Dagegen glaube ich als ein gewichtiges Argument für meine Auffassung die allgemeine Bemerkung desselben Autors anführen zu können, dass neben den von ihm geschilderten Zuständen nicht selten Convulsionen der willkürlichen Muskeln und Krämpfe des Larynx eintreten, wodurch die Stimme auffallend verän-

---

*) Vergl. Griesinger, Pathol. und Therap. d. psych. Krankh. Stuttgart 1861. §. 120.

dert werde, dass ferner diese Zustände vorzugsweise bei Weibern (und zwar fast immer bei hysterischen) und bei Kindern vorkomme, bei Individuen, bei denen erfahrungsgemäss die Chorea am häufigsten auftritt. Zudem muss ich hervorheben, dass auch schon von anderen Seiten die Ansicht aufgestellt worden ist, dass die Chorea in Form von Psychosen sich äussern könne, wenn auch die Art und Weise, wie ich dies auffasse, bisher vielleicht noch nicht geäussert worden ist. So spricht z. B. Sandras*) schon von einer Chorea des Willens, welche sich in einer unwiderstehlichen Neigung äussern soll, Gegenstände zu zerbrechen, über das Brückengeländer ins Wasser zu springen, Unanständiges in guter Gesellschaft zu reden u. s. w. Doch ist er darin wohl zu weit gegangen, und Hasse hat nicht Unrecht, wenn er die ganze Meinung auf einen blossen, passenden Vergleich reducirt. Die unangemessenen Ideenassociationen werden unwillkürlich hervorgerufen, wie bei der Chorea durch Anregung der normalen Muskelthätigkeit störende Mitbewegungen. Es gehört aber eben zum Begriffe Chorea, dass die unangemessenen Vorstellungen auf Muskelgruppen projicirt werden und in der Form von Bewegungen in die Erscheinung treten, und zwar muss dies auch der Art geschehen, dass die Projection mit dem Auftreten der Vorstellung gewissermassen zusammenfällt und erst durch die Bewegung dem betreffenden Individuum zum Bewusstsein gebracht wird. Letzteres aber trifft auf die von mir mitgetheilten Fälle vollständig zu und gibt somit der ganzen bisherigen Entwicklung Halt und Stütze.

Eine nicht unerhebliche Anzahl von Fällen psychischer Erkrankung, welche zur Dämonomanie resp. Dämonomelancholie gerechnet werden, dürften demnach sich auf eine Chorea, welche vorzugsweise den Sprachapparat befallen hat, zurückführen lassen. In Sonderheit dürfte dies von den meisten jener Fälle gelten, in welchen, wie in den von mir und den beiden von Griesinger beobachteten, die Intelligenz noch gut erhalten ist, die sogenannten Wahnvorstellungen sich leicht als einfache, durch Reflexion gewonnene Erklärungsversuche eines schwachen und ungebildeten Verstandes erkennen lassen, und nicht Delirien im eigentlichen Sinne des Wortes sind.

Nachdem auf solche Weise sowohl bei noch relativ Gesunden, als auch bei Geisteskranken, die noch im Stande sind, sich zu beobachten

*) Vergl. Hasse, Krankh. der Nervenappar. Erlangen 1855. pag. 166.

und mitzutheilen, nachgewiesen worden ist, dass eine Anzahl abnormer psychischer Erscheinungen, Geberden, Gesten und Aeusserungen durch die Sprache als Chorea zu betrachten sind, können wir uns jetzt zu verwickelteren Fällen wenden. Wie in der ganzen medicinischen Diagnostik, so ganz besonders in der psychiatrischen geben dieselben viele und harte Nüsse zu knacken, zumal die Semiotik der Psychiatrie noch nicht auf physikalischen Gesetzen basirt ist, sondern meistens dem Takte und Scharfsinn jedes Einzelnen überlassen bleibt und darum im höchsten Grade unsicher ist.

8. In der Irren-Anstalt bei Halle a. S. befindet sich ein Mann, B., der wegen tobsüchtiger Erregung, welche nur durch kurze, ein-, höchstens viertägige, ruhige Intervalle unterbrochen wird, nun schon achtzehn Jahre derselben angehört. Der Mann beschäftigt sich mit Strohflechtereien und zeigt in den ruhigen Zeiten ein weiches, sanftmüthiges Wesen, das zu sentimentaler Schwärmerei und demüthiger Ergebung in ein trauriges Schicksal neigt. Allein befällt ihn die Tobsucht, dann rast er in seiner Zelle umher, dann lehnt er sich gegen sein Geschick auf, schilt auf Gott und die Welt, verflucht sich und die Menschheit, haut mit der Hand den Boden, auf welchem er sitzt, neigt dazu, wie betheuernd das Haupt nach der Brust, oder wirft es trotzig und herausfordernd in den Nacken und greift den an, der gar zu keck und unvorsichtig sich ihm nähert, ja er wäre wohl auch im Stande, ihn seinem augenblicklichen Hasse und Grimme zu opfern. In diesem Zustande nun, in dem er eine Fluth von Schimpf- und Schmähreden loslässt, wo der „Zackermentsche Kerl, wenn ich den nur in meinen Händen hätt', ich wollt' ihn zerreissen wie nen Hund", wo das „Gott verdamm das L-der, Gott verdamm das A-s" eine Hauptrolle spielt, stösst er bei jedem Satze, oder wenigstens nach Ablauf einer bestimmten Vorstellungsreihe einen durchdringenden, heiser krächzenden Laut aus, und bald darauf unterbricht er sich durch ein sanft und wehmüthig ausgesprochenes „Ja wohl, ja wohl — nun, wie Gott will! — ja wohl, ja wohl", um nach dem Gemurmel von einigen bald mehr, bald weniger unverständlichen Worten gleichgültigen Inhaltes sofort wieder in Wuth auszubrechen, mit Wort und Geste zu rasen, dazwischen zu krächzen und schliesslich wieder in besänftigendem Tone sein „Ja wohl, ja wohl — wie Gott will — wie er es macht" zu verfallen. — Nie hat dieser Mann geäussert, auf welche Weise, aus welchem Grunde, zu welchem Zwecke er die thierischen Laute ausstiesse; nie hat er meines Wissens in den ruhigen, freien Zeiten eine besondere Wahnvorstellung zu erkennen gegeben, niemals eine Erklärung für die Dreiheit in seinen Aeusserungen geliefert. Damerow pflegte diesen Fall als eine Theilung der Persönlichkeit nach drei verschiedenen Seiten zu demonstriren. Nach ihm war ein Part, ein Widerpart und ein vermittelndes Drittes vorhanden. Mir scheint dagegen der Fall viel einfacher und durchsichtiger dazuliegen, wenn man die Wuthausbrüche als einfache Tobsucht, als rapid ablaufende Vorstellungen, die sofort in Bewegungen umgesetzt werden, ansieht; wenn man die sanft ausgesprochenen Worte als Aeusserungen seines natürlichen, relativ gesunden Zustandes betrachtet, der für kurze Zeit intermittirend eintritt, und wenn man das heisere Gekrächz als die Folge einer Mitbewegung ansieht, welche auf dieselbe Weise in der Muskulatur des Larynx, der

Rachen- und Mundhöhle zu Stande gekommen ist, auf welche die energischen Bewegungen des Armes und des Kopfes zu Wege gebracht wurden.

9. Von höchstem Interesse in vorliegender Frage ist ein mehr als 60jähriger Mann, C , welcher 34 Jahre dem Irrenhause, der Halle'schen Anstalt seit ihrem Bestehen angehört hat und erst vor Kurzem durch den Tod daraus erlöst worden ist. Er war Rechtscandidat und wenn auch schliesslich schwach geworden, für gewöhnlich doch nur in den beiden Punkten auffallend verkehrt, dass er bis zu seinem Tode die Absicht nicht aufgab, noch die nothwendigen Examina zu machen, um die unterbrochene Carrière wieder aufzunehmen und dann in Gesellschaft eines mit ihm alt und grau gewordenen Kranken eine Reise nach Spanien zu unternehmen. Dieser Mann war ungefähr 30 Jahre alt unter den Symptomen einer tiefen Melancholie erkrankt. Allein sehr bald waren Erregungszustände, ja heftige, tobsuchtsartige Ausbrüche an die Stelle getreten und hatten seine Aufnahme in eine Irren-Anstalt nöthig gemacht. In dieser liessen die Paroxysmen nach und wechselten sehr bald mit vollständig freien Zeiten. Die letzteren hielten Anfangs Wochen, ja Monate an, wurden späterhin aber immer kürzer, und als ich den Kranken kennen lernte, dehnten sie sich nicht mehr über ein bis drei Tage aus. Während derselben zeigte sich Patient als einen durchaus feinen und eleganten Mann, interessirte sich für Kunst, Literatur und Wissenschaft, gab sich der Erlernung fremder Sprachen hin, spielte Schach. Die Briefe an seine Verwandten waren sehr zierlich gehalten und durchaus geordnet, verriethen indessen den Charakter des Schwächlings an allen Stellen, was hauptsächlich in dem letzten Lebensjahre stärker hervortrat. Gerieth dieser Kranke aber in einen Paroxysmus, dann war er wie umgewandelt. Er war ein stupider, mürrischer und ärgerlicher Mensch geworden, der an nichts Theil nahm, in dumpfem Schweigen, oder brummend und murmelnd vor sich hinbrütete und in roher ungehobelter Weise gegen alle etwaigen Eindrücke reagirte. Das Auffallendste indessen war, dass er bei Allem, was er zu thun beabsichtigte, mit sich selbst in Zwiespalt, ja in offenen Kampf gerieth. Er konnte keine Bewegung vollziehen, ohne dass nicht darauf eine Gegenbewegung erfolgte, keine Aeusserung thun, ohne dass nicht ein Widerspruch sie begleitete. Wollte er den Arm ausstrecken, so wurde derselbe sofort zurückgezogen; wollte er die Hand reichen, gleich nahm er sie wieder weg. Hatte er die Absicht einen Schritt vorwärts zu thun, stracks trat eine Hemmung ein und der schon vorgeschobene Fuss wurde wieder an die alte Stelle gesetzt. So geschah es denn, dass er im vollsten Sinne des Wortes halbe Stunden lang vor ein und derselben Dielenritze hin- und hertrippelte ohne über sie hinüberzukommen. Erst nach vielen vergeblichen Versuchen gelang es ihm, wenn er nicht vom Wärter hinübergebracht wurde, wie mit einem heftigen Ruck. Wollte er sich ankleiden, so setzte er sich erst ein Dutzend Male nieder und stand wieder auf, bevor er dazu kam, das Beinkleid oder den Stiefel über den Fuss zu bringen. Aber auch dies machte wieder viele Schwierigkeiten und geschah erst nach unsäglich oftem Ansetzen. Bald wurde der Stiefel nach rechts, bald nach links gedreht, der Fuss in den Schaft gebracht und wieder herausgezogen, der Stiefel hingestellt und wieder aufgehoben, wieder gedreht, wieder angezogen und wieder ausgezogen. Meistens erst nach einer sehr bestimmten Aufforderung gelang es ihm, das Werk zu Ende zu führen. Hatte er seine Bedürfnisse zu verrichten, so stand er ebenso lange da, die Hosen auf- und zuknöpfend oder rauf- und runterziehend ohne zum Ende zu gelangen. War der Wärter nicht gleich hülfreich

[illegible] regelmässig ein Unglück, und der arme Mann richtete sich in der [illegible] Weise zu. Das Essen ging noch am besten von Statten. Zwar [illegible] auch lange Zeit, ehe er damit zu Stande kam: er spickte zehn Mal [illegible] Fleisch, das er essen wollte, ehe er es auf der Gabel hatte; zehn Mal [illegible] an, ehe er es sodann in den Mund brachte; doch wurde er bei einigem [illegible] in einer guten halben Stunde noch immer damit fertig. — Wurde er [illegible]wendet, so schüttelte er ärgerlich mit dem Kopfe, verzog das Gesicht, machte [illegible]sätze zum Sprechen, kam aber nicht über die ersten drei Sylben hinaus und schleuderte dem Betreffenden ein „dummer Esel, dummer Bauerlümmel" an den Kopf. Oder er platzte auch gleich mit brüllender Stimme los, ein krächzendes „Hähähä" ausstossend, dem dann jene erwähnten Ehrentitel nachfolgten. „Was will der dumme Kerl? Scheer er sich weg! — Er Esel — er Bengel!" — Wurde er alsdann in höflicher Weise zurecht gewiesen oder mit artigen Vorwürfen behandelt, dann liess sich ein gemurmeltes „Ja wohl" vernehmen. „Ja wohl — er hat Recht — hat Recht" hiess es dann; sofort aber kam ein „dummer Bengel" oder ein Aehnliches nach. Und so wechselte Zustimmung und Abwehr in einem fort. Wurde ihm heftiger zugesetzt, indem man seiner gesunden Seite schmeichelte, ihm vorhielt, dass ein solch' fein gebildeter Mann, ein Baccalaureus der Jurisprudenz sich doch nicht so weit vergessen sollte, andere, die ihm nichts gethan, in so grober Weise zu verletzen, dann gab er auf der einen Seite sehr nach, fing an Entschuldigungen zu stammeln wie: „Ja, ja, — hat Recht — bin's aber nicht gewesen — bin's nicht gewesen"; auf der anderen Seite dagegen brach er desto jäher los. Und das Ende von allem war, dass er sich selbst schlug. Mit der linken Faust hieb er auf seine rechte Scheitelgegend ein, dass diese dick auflief und nach dem Tode an ihr Hyperostosen des Scheitel- und Stirnbeins gefunden wurden, und mit der rechten ohrfeigte er sich linkerseits so, dass es laut klatschte. — Auch dieser Mann hat nie Aufschluss geben können über die Art des geschilderten Vorganges. Alles was ich von ihm darüber erfahren habe, war: „Ja, das kann ich Ihnen nicht recht sagen. Aber es ist ungefähr so, wie wenn Jemand über einen Graben springen will, den Anlauf nimmt, doch am Graben wie zurückgehalten stehen bleibt. Man weiss auch nicht recht, wie das zugeht Ich will immer, will immer und kann nicht. Doch weiss ich nicht, warum nicht. Es ist das Hemmniss mit einem Male da."

Wir sehen also auch in diesem Falle neben intendirten Bewegungen, unwillkürliche auftreten, welche jene compliciren, verwirren, oder ganz aufheben. Etwas abweichend vom Gewöhnlichen ist nur der Punkt, dass diese unwillkürlichen Bewegungen vorzugsweise durch die Antagonisten bewerkstelligt werden. Der Fall entspricht darum vollständig dem unter 1) aufgeführten. Es sind Mitbewegungen im eigentlichen Sinne des Wortes hier ebenso wenig wie dort vorhanden. Die unwillkürlichen Bewegungen erfolgen später als die willkürlichen, aber sie erfolgen immer auf ihre Veranlassung und immer noch so zeitig, dass sie zum Theil mit ihnen zusammenfallen. Die Folge davon aber muss sein, dass die erste Bewegung nicht blos gestört, sondern geradezu aufgehoben wird, und so glaube ich, dass dieser so allgemeine,

Stunden und Tage andauernde Kampf zwischen Strebung und Hemmung allein auf das Gesetz von den Mitbewegungen zurückzuführen ist und in einer Form von Chorea seine Erklärung findet. — Dieser Mann war den meisten Irrenärzten Deutschlands persönlich bekannt, und Damerow pflegte von ihm zu sagen: „So viel Sachverständige ihn gesehen haben, ebenso viele verschiedene Ansichten sind über ihn geäussert worden.“ Ich will darauf hin mir nicht anmassen, ein endgültiges Urtheil über ihn gefällt zu haben; aber das möchte ich doch glauben, dass mit der Auffassung dieses Zustandes als Chorea, derselbe eine viel realere, auf physiologischen Vorgängen beruhende Lösung findet, als wenn man ihn durch die dunklen Ausdrücke „Theilung des Ichs“, „Spaltung der Persönlichkeit“ und dergl. m. zu erklären sucht.

Weit einfacher liegen wieder solche Fälle da, in denen man namentlich mit jugendlichen Geisteskranken zu thun hat und allerhand närrische Bewegungen derselben zu beobachten bekommt. Man würde die hieher gehörigen Kranken sofort für Choreakranke halten, wenn dieselben nur einigermassen Aufschluss über ihr Treiben gäben, und ausserdem es nicht gar zu tief eingewurzelt wäre, alle Vorgänge bei Geisteskranken nach einem anderen Maassstabe zu bemessen, als bei Geistesgesunden. Die betreffenden Individuen zeichnen sich durch eine anhaltende Unruhe aus. Sie drehen sich und wenden sich, dehnen und strecken sich, ziehen bald die eine, bald die andere Schulter in die Höhe. Mit ihren Armen und Beinen wissen sie nicht zu bleiben. Fortwährend werden dieselben bewegt; aber die Bewegungen sind nicht in sich abgeschlossen; sie sind ungeschickt, matt, schlaff, ohne jegliche Spur von Energie und Elasticität, so dass ihnen meistens der Charakter des Aufgezwungenen fehlt. Wie mit ihren Gliedmassen, so agiren diese Kranken auch mit ihrem Gesicht. Es herrscht ein beständiges Gesichterschneiden. Sie runzeln die Stirn, blinzeln mit den Augen oder reissen sie weit auf, ziehen den Mund bald auf die eine, bald auf die andere Seite, fletschen die Zähne, recken die Zunge heraus. Allein auch diese Grimassen erfolgen in einer Weise, dass es schwer ist, das Unwillkürliche in ihnen zu erkennen. Im Gegentheil, alle diese Handlungen haben viel mehr und öfter den Charakter des Gewollten und Beabsichtigten und scheinen nicht selten geradezu der Ausdruck des albernen und kindisch neckenden oder gereizten Sinnes zu sein, der augenblicklich die Individuen beherrscht. Fragt man indessen dieselben, warum sie die paradoxen Bewegungen vollführen, dann merkt man, dass es mit ihrer Sprache und ihrem ganzen Gedankenflusse nicht besser steht, dass der ver-

meintliche kindische Sinn eigentlich gar kein Sinn ist, dass kein neckender Zug da ist, keine Gereiztheit obwaltet, dass nicht einmal mehr so viel Gehalt in ihnen steckt, als nothwendig wäre, selbst nur diese schwächlichen willkürlichen Strebungen auszuführen. Sie sprechen leise und undeutlich. Meistens ist es nur ein dumpfes Gemurmel ohne Affect, was sie hören lassen, aus dem man bei genauer Beobachtung heraushört, dass es in keinem Zusammenhange mit der gethanen Frage, in keinem Verhältniss zu dem jeweiligen Treiben steht, vielmehr blos aus leeren Worten, grossentheils eigener Erfindung wirr und barok zusammengesetzt ist. Einige von diesen Kranken stehen zeitweise zwar noch so leidlich Rede und Antwort; allein alle Augenblicke kommen ihnen quere Gedanken in den Kopf, die sie auch sofort aussprechen. Nach allen fünf oder zehn Worten haben sie etwas Anderes, gar nicht zur Sache Gehöriges zu fragen; oder sie lachen, pfeifen, schwatzen dazwischen, ducken sich plötzlich nieder, drehen sich auf dem Absatz herum ohne durch die Gegenwart von Personen sich abhalten zu lassen, denen sie sonst durch Anstand und Wohlverhalten ihren Respect auszudrücken pflegten. — Solche Kranke können Monate lang in dem nämlichen Zustande verbleiben. Es sind meist blasse, magere Individuen, apathischen Temperaments, die, wo man sie hinstellt, stehen bleiben, wenn man sie reizt, nur schwach reagiren, halb lachend, halb weinend, halb ärgerlich, halb erfreut sich zeigen, dass man sich mit ihnen beschäftigt. Sie erfreuen sich, wenn nicht Exacerbationen oder Complicationen eintreten, meistens eines ruhigen, festen Schlafes und eines recht gesegneten Appetites. Werden sie energisch behandelt, so sind sie auf kurze Zeit wenigstens im Stande, das zappelnde Wesen zu beherrschen und ruhige, einen ganz bestimmten Zweck verfolgende Bewegungen auszuführen, so dass es den Anschein hat, als ob nur schwache Impulse, oder solche mittlerer Stärke zu der allgemeinen Unruhe und dem unzweckmässigen Zappeln führen, kräftige dagegen bei Unterdrückung aller Mitbewegungen unbehelligt zum Ausdruck kommen. Sind solche Kranke genesen, so wissen sie zuweilen wohl, was mit ihnen vorgegangen ist; allein auch sie sind nicht im Stande zu erklären, warum sie das närrische Zeug getrieben. „Es machte sich von selbst“, sagte mir einmal ein solcher Kranker mit Lachen, „ich habe nichts dazu gethan.“ Diese Krankheitsbilder haben viel Aehnlichkeit mit hysterischen Zuständen, allein nie habe ich Hyperästhesie in ihnen bemerkt, nie krampfartige Zufälle eintreten sehen. Vom grossen Veitstanz unterscheiden sie sich durch ihre Stätigkeit, durch den Mangel der Coordination und der Energie der Be-

wegungen. Sie scheinen vielmehr, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, blosse Superlative des Gebahrens jener Klasse von jungen Leuten zu sein, die sich durch ihr fahriges Wesen auffällig machen und in keine Form fügen können. Jedenfalls gehen die genannten Zustände nicht aus kindischen Wahnvorstellungen hervor, wie dies öfters behauptet wird, sondern sind ganz primärer Natur, unwillkürlich aufgedrungene Aeusserungen, welche durch mehr oder weniger willkürliche hervorgerufen neben diesen in das Leben treten und sich darum eben so wirr zeigen, wie die hie und da zu beobachtenden sogenannten rein psychischen Functionen. Gerade diese Fälle scheinen mir auf das Schlagendste zu beweisen, dass zwischen den Choreabewegungen und den psychischen Vorgängen ein ganz inniger Zusammenhang besteht, dass beide nur verschiedene Aeusserungsweisen ein und desselben cerebralen Processes sind, und dass die stärker hervortretenden psychischen Erscheinungen, die Verwirrung der Verstandesthätigkeit nicht Complicationen der Chorea darstellen, sondern dieselbe Störung nur in anderen als den gewöhnlichen Nervenbahnen repräsentiren. Die beiden folgenden Fälle, welche ich in der Halle'schen Irren-Anstalt zu beobachten Gelegenheit hatte, mögen als Beweise dienen.

10. H., ein 23jähriger Schullehrer, leidet seit längerer Zeit an einer hochgradigen Verwirrung, während deren Bestehen sich eine Anzahl hypochondrischer Wahnvorstellungen herausgebildet hat. Er ist eine kleine, zarte Figur mit sehr weisser Haut, dunklem, fast schwarzem Haare, dunklen, brennenden Augen und bis zum Skelett abgemagert. Sein Zustand ist ein von Zeit zu Zeit wechselnder. Es gibt Wochen, in denen er absolut unfähig ist, selbst für sich zu sorgen; für andere Wochen befindet er sich besser. Die Verdauung ist unregelmässig. Zuweilen liegt der Appetit ganz darnieder. Er ist nicht zum Essen zu bringen und muss gefüttert werden; andere Male isst er sehr gierig. Zeitweise besteht Stuhlverstopfung und zeitweise plagen ihn Diarrhöeen. Der Schlaf ist im Allgemeinen ruhig und fest; nur selten tritt vorübergehende Schlaflosigkeit ein. Bald meint er, er sei zur Mumie ausgetrocknet, die Därme zusammengeschrumpft wie Violinsaiten, so dass die Speisen nicht mehr durchkönnten; bald erklärt er, alles in ihm sei zu Wasser geworden. Blut, Muskeln, Eingeweide seien schon zerflossen, nächstens würde es mit den Knochen ebenso gehen. Heut klagt er, dass die Beine von Holz seien; sie seien schwer, ungelenkig und unempfindlich; morgen jammert er, dass sein Körper so leicht geworden, dass jeder Lufthauch ihn fortwehe. Keiner dieser Aussprüche erfolgt indessen bestimmt und glatt. Sie sind hingemurmelt. Jeder Satz ist drei, vier Mal angefangen, ehe er vollendet worden, oft gar nicht zu Ende gebracht. — Für gewöhnlich steht der Kranke mitten im Zimmer mit eingeknickten Knieen und Hüften und mit gebogener Wirbelsäule, mit mürrischem, verdriesslichem Gesicht, über das von Zeit zu Zeit sich ein lächelnder Zug verbreitet, murmelt unverständliches Zeug vor sich hin und agirt mit allen seinen Gliedmassen. Keine Bewegung jedoch ist ausgiebig. Alle sind kurz, ungeschickt und gewissermassen unvollendet. Sie gleichen dem

Gemurmel, das er von sich gibt. Bald setzt er das eine Bein um einige Zolle vor, bald das andere, bald hebt er das linke, bald das rechte. Jetzt beugt er den Unterschenkel, im nächsten Momente streckt er das ganze Bein, setzt es über das andere oder stellt sich breitbeinig hin. Mit den Händen fährt er am ganzen Körper umher, berührt das Gesicht, die Backen, berührt sie wieder und wieder; dann betastet er den Thorax, fasst nach den Hacken, jetzt rechts und jetzt links, fasst nach dem Fussboden, richtet sich plötzlich empor, starrt gedankenlos vor sich hin, aber nur zwei, drei Secunden; dann lächelt er, schüttelt mit dem Kopfe, fängt wieder an zu murmeln und mit Armen und Beinen herumzuwirthschaften. Die Hand legt er wie nachsinnend an die Stirn, fährt sich durch die Haare, stützt das Kinn; dann kreuzt er wieder einmal die Arme über der Brust, streckt sie von sich, stemmt die Hände in die Seiten, um danach wieder von oben bis unten sich zu betasten und zu befühlen. Wird er angeredet, so reagirt er sehr oft darauf gar nicht, sondern murmelt und zappelt weiter, oder er lächelt halb grinsend vor sich hin, oder fährt wie erschreckt empor. Wird er gefragt, was sein Treiben bedeuten soll, so erfolgt meistentheils auch keine Antwort, oder dieselbe kommt so wirr und mit allerhand Interjectionen durchsetzt heraus, dass es Mühe kostet, sie zu verstehen. „Jäjä — jäjä — das kann ich nicht. — hh — hh — hm — das das — jä jä — hh — hh — das weiss ich nicht — das ist so — hh — hm —“ und dazwischen sieht er wie verwundert auf, zeigt ein missmüthiges oder mehr heiteres Gesicht und plappert ohne einen einzigen Gedanken vollständig auszusprechen, bis er schliesslich nach langem und energischen Zusetzen mit Lachen herauskommt: „Das weiss ich nicht, das kommt von selbst.“ Setzt man ihm nicht eindringlich zu, kommt er zu keinem Entschluss, und sein Verhalten hat den Anschein, als wolle er wohl etwas sagen, aber als habe er, wie man sich gewöhnlich auszudrücken pflegt, es mitten in der Rede vergessen. Der Vorgang dürfte jedoch in der That wohl der sein, dass ehe noch die beabsichtigte Vorstellungsreihe vollständig abgelaufen und ausgesprochen worden, ganz unwillkürlich neue Vorstellungen eintraten und jener ein Ende machten.

11. Der zweite hierher gehörige Fall betrifft M. St., einen jungen 21jährigen Maschinenbauer. Derselbe hat einen schiefen Schädel, der dadurch sofort auffällt, dass das linke Auge tiefer, als das rechte steht. Sonst ist er ein sehr kräftig entwickeltes und gut genährtes Individuum, das sich eines vortrefflichen Appetites und eines durch nichts gestörten Schlafes erfreut. Wie der vorige Kranke zeigt auch er die verschiedensten Anomalieen in der Bewegungssphäre und gleichzeitig auch in der Sprache. Er kann keinen Augenblick ruhig stehen. Fortwährend hat er mit seinen Armen und Beinen zu schaffen. Er trippelt und zappelt ohne Ruh und Rast hin und her; bald kreuzt er die Beine, bald stellt er sich blos auf eins, indem er das andere auf den zufällig daneben stehenden Stuhl legt, oder an den anderen Schenkel drückt, oder es mit der Hand fasst. Er dreht sich um sich herum, zieht bald die linke, bald die rechte Schulter in die Höhe, bald nach hinten, bald nach vorn, dreht und wendet sich in den Hüften, reckt und streckt sich, oder beugt sich plötzlich zur Erde. Mit den Händen fährt er ohne Unterbrechung umher, fährt ganz unmotivirt auf einen Gegenstand los, am liebsten auf eine der mit ihm sprechenden Personen; oder er dreht sie wenigstens im Handgelenk hin und her, streckt und beugt sie, spreitzt die Finger. Den Kopf hebt er bald, bald senkt er ihn, wendet ihn nach den Seiten, neigt ihn nach den Schultern. Sein Gesicht ist in einem fortwährenden Grimassiren. Die Stirn wird

hoch hinauf und der Mund in die Breite gezogen, jene wird in Falten gelegt und dieser zugekniffen, darauf geöffnet und nach dieser oder jener Seite gezerrt. Zuweilen, wenn er im Garten oder auf dem langen Corridore spazieren geht, bückt er sich plötzlich zu Boden und küsst ihn, oder stemmt sich mit den Händen gegen ihn, als wolle er Rad schlagen. Alle diese Bewegungen haben jedoch etwas Langsames, Energieloses, selbst wenn sie ganz plötzlich erfolgen. — Die Sprache im Allgemeinen hat etwas Gezwungenes, oder vielleicht besser gesagt, Gehemmtes, nichts Freies, Frisches. Zumeist besteht sie blos aus einem Gemurmel unzusammenhängender, oder öfters wiederholter Worte, zwischen denen sich eine Anzahl eigener Erfindung wie „Jobsten“ für gestern, „Gramsten“ für morgen und dgl. m. einmischen. Manchmal ist sie laut und deutlich, aber jedes Wort kommt wie herausgepresst zu Tage. Obschon dies blos in den besseren Tagen der Fall zu sein pflegt, macht sich doch in auffälliger Weise das Auftreten von ganz ungehörigen Fragen und Aeusserungen dabei bemerkbar. „Wie heissen Sie?“ M. St. „Wie alt sind Sie?“ Hm hm — hm hm — kann ich wohl — kann ich wohl ein Zeichenbrett erhalten? „Wie alt sind Sie?“ hm — hm — hh — „Wie alt sind Sie?“ 21 Jahr. Ich möchte wohl — ich möchte wohl einen Bleistift haben. „Was wollen Sie damit?“ Nu — u — u — ein Bleistift — „Wozu soll derselbe?“ Ich möchte ein Haus zeichnen. „Ein beliebiges oder ein ganz bestimmtes?“ Auch ein Schloss möchte ich machen. Der Herr Pastor ist heute bei mir gewesen. Kann ich spazieren gehen? Mein Messer möcht' ich haben. — Dann ohne jede bemerkbare Veranlassung bückt er sich auf einmal bis zur Erde, berührt sie mit beiden Händen, richtet sich wieder empor, fährt mit den Händen auf die einzelnen Personen los, die ihm gerade nahe stehen, fährt mit denselben an sich herum und murmelt kaum hörbares und völlig ungereimtes Zeug. — „Was thaten Sie soeben?“ — „Warum bückten Sie sich so hastig zur Erde?“ — Nach verlegenem Lächeln und Murmeln erfolgt endlich auf wiederholtes Fragen: „Weiss es nicht. Der Herr N. will — will mit mir — mit mir spazieren gehen. — Hm hm — mm — darf ich nun wohl das Schloss machen? — „Aus welchem Grunde bückten Sie sich an die Erde?“ Nach abermaliger längerer Pause, die durch verschiedene Hmm — mm — ausgefüllt wird: „Hören Sie einmal — kann ich nicht — kann ich nicht — meinen Papa besuchen?“ — Zuletzt nimmt er gar keine Notiz mehr von dem, was er gefragt wird, kreischt hin und wieder einmal auf, lässt einen langgezogenen Pfiff erschallen und ist offenbar mehr oder weniger theilnahmlos für das, was um ihn her vorgeht. — Als ihm einstmals Papier zum Zeichnen und Schreiben gegeben wurde, kamen den geschilderten ganz analoge Producte zum Vorschein. Bei einem unzweifelhaften Talente zum Zeichnen war doch nichts als wirres Zeug zu sehen. Zwischen gut angelegten Köpfen befanden sich verzerrte Thiere, abgerissene Blumenstücke, Gekritzel aller Art. Dasselbe fand sich in seinen Schriftstücken: Mitten in einem Satze unvollendete Zeichnungen, Kritzeleien und dergl. m., so dass in allem seinem Thun die Verwirrung sich zeigte, die am offenkundigsten sich in seinen Bewegungen ausdrückte. Patient wurde im Verlaufe eines Jahres stark und muskulös, aber auch vollständig blödsinnig. Im Blödsinn hatten zwar die Bewegungsstörungen grösstentheils nachgelassen, waren indessen nicht ganz verschwunden. Namentlich traten sie dann besonders hervor, wenn man sich mit ihm befasste. Er wiederholte dann sehr oft selbstständig die Gesten, die man zwischendurch gemacht hatte, vorzugsweise etwaige Berührungen. Ganz Aehnliches fand im

Sprachapparate statt, so dass er im Sinne Rombergs ein „Echo“ genannt werden konnte. Das alles entsprach wohl den Resten von Vorstellungen, die ihm geblieben und der Art, wie sie sich abspielten.

Ungleich schwieriger dagegen, als über die vorigen Zustände ist es wieder über solche ein Urtheil zu fällen, in welchen die Mitbewegungen, soweit als man beobachten kann, sich nur auf den Sprachapparat erstrecken und dazu in solcher Schwäche äussern, dass sie nicht als ausgesprochene, laut hörbare Worte, sondern als blosse Gedanken dem Individuum zum Bewusstsein gelangen. Dabei muss man jedoch festhalten, dass alles Denken in Worten geschieht, dass zwischen Gedanke und Wort kein eigentlicher, kein qualitativer Unterschied besteht, dass beide sich vielmehr nur graduell unterscheiden, indem das Wort nichts Anderes als der laut gewordene Gedanke ist. Jeder Einzelne kann sich davon überzeugen, dass beim Denken wir im Sprachapparate dieselben, wenn auch ganz leisen Bewegungen machen, welche wir beim Sprechen ausführen und ausserdem ist es ja allgemein bekannt, dass es Menschen gibt, welche wirklich alles, was sie denken, auch sprechen, sich leise das vorerzählen, was sie überlegen oder zu thun beabsichtigen. Die ersten Andeutungen dieses Herganges finden wir in den Fällen, wo es wegen mangelnder Energie der spontanen Impulse noch nicht zu Bewegungen, sondern zu blossen vagen Erregungen, nicht zu bestimmten in sich abgeschlossenen Vorstellungen, sondern nur zu ganz allgemeinen unklaren Gefühlen gekommen ist, und die darum noch nicht unter den Begriff Chorea fallen. Die Kranken erscheinen zerstreut, aber sie sind nicht im Stande anzugeben, was sie zerstreut hat. Sie behaupten wohl, es gingen ihnen allerhand Gedanken durch den Kopf, keinen einzigen jedoch können sie bestimmt wiedergeben. Sie bedienen sich deshalb stets der indirecten Rede; denn zur directen fehlen ihnen die Worte, die sich ihnen aufgedrängt haben sollen. Sie erzählen daher immer von dem, was geschehen sollte, was sie thun sollten, was sie sagen sollten u. s. f. Kommt es aber zu wirklichen Bewegungen im Sprachapparate, wenn auch noch so leisen, dann klagen die Kranken schon bestimmter darüber, dass sie nicht ordentlich denken könnten. Alle Augenblicke käme ihnen etwas Anderes in den Sinn. Sie könnten durchaus nicht bei der Sache bleiben. Närrisches Zeug, dass ihnen sonst ganz fern gelegen, dränge sich ihnen unwiderstehlich auf; sie mögen machen, was sie wollen, sie seien nicht im Stande es abzuhalten. Schliesslich würden sie so verwirrt, dass sie gar nicht mehr wüssten, was sie gewollt hätten. Compliciren diese Zustände Erregungen im akustischen Apparate, oder sind

die letzteren vielleicht gar die Ursache derselben*), so behaupten die Kranken Stimmen zu hören, Klänge und Melodieen zu vernehmen. So erklärt sich vielleicht am besten der folgende Fall.

12. Im Jahre 1865 behandelte ich eine alte 63jährige Frau an Gehörstäuschungen. Dieselbe war bis auf häufig eintretende Unterleibsobstructionen im Uebrigen angeblich gesund, legte indessen ein träumerisches oft in sich versunkenes Wesen an den Tag. Sie klagte über das gewöhnliche Summen und Singen, das sie nie verliess, hauptsächlich doch über die vielen Melodieen, welche ihr im Kopfe herumgingen. Die Frau gehörte der streng lutherischen Confession an und war, wie alle Anhänger derselben, sehr fromm und sittenstreng. Sie war deshalb empört über die vielen Gassenhauer und Zotenlieder, welche sich Mitten in einen Choral, den sie gerade sang, einschlichen und ihn endlich übertönten. „Seit der Zeit meiner Jugend, in welcher ich noch nicht recht das Schickliche vom Unschicklichen unterscheiden konnte, seit fünfzig Jahren habe ich solche Lieder nicht gesungen und selten nur gehört. Ich begreife nicht, woher das Zeug jetzt seit anderthalb Jahren in meinen Kopf kommt. Und das klingt so deutlich, so vernehmlich, dass ich die Töne ganz genau nachsingen kann, wie nach einer Violine, und manchmal sogar die Worte höre. — Wenn ich zu Hause allein bin und meine häuslichen Geschäfte verrichte und dazu für mich hinsumme, dann ist die Musik am lebendigsten; allein auch an anderen Orten, jetzt eben, singt es.“ Auf meine Frage, was denn gesungen werde, stockte sie erst, dann nach einigem Besinnen sagte sie: „Es singt das „O wie schön is es zu leben u. s. w.“ Ich höre es ganz deutlich la-la-la-la (singt die erste Strophe). — Ich hatte die Ohrschmalzpfröpfe, welche in beiden Ohren sassen, entfernt, die leichte Otitis externa durch schwache Zinksolution beseitigt, hob die Verstopfung durch Mittelsalze, welche ich längere Zeit fortbrauchen liess, aber die Melodieen und Lieder kamen und klangen fort nach wie vor. Da der Schlaf regelmässig und ruhig war, habe ich von der Darreichung des Morphium Abstand genommen. Im Januar 1866 stellte ich diese Frau meinem Freunde Dr. von Gellhorn vor, und die eigene Schilderung ihres damaligen Zustandes unterschied sich in Nichts von den früheren Angaben.

In den vorgeschrittenen Stadien der Krankheit, wenn die psychische Schwäche sich mehr entwickelt hat, und der Blödsinn droht, alsdann behaupten die Kranken, die queren Gedanken würden ihnen gemacht, ein fremdes Wesen zwinge sie ihnen auf, und noch einen Schritt weiter und sie halten dieselben für Eingebungen Gottes, des Teufels, für die Producte von Maschinerieen, welche gegen sie gerichtet worden seien. Hören sie endlich ihre Gedanken als Laute, Klänge, Melodieen, so wähnen sie, dass fremde Stimmen aus ihnen heraussprechen, neben ihnen sprechen oder singen, und dass sie das alles mit ihren eigenen Ohren hören und vernehmen.

Ich will nicht zu weit gehen und will am wenigsten behauptet haben, dass der geschilderte Vorgang in allen Fällen sich so verhalte

*) Vergl. Koeppe, Gehörsstörungen und Psychosen in Zeitschr. f. Psych. Bd. XXIV. 1867.

und auf Mitbewegungen im Sprachapparate zurückführen lasse; allein in einer grossen Anzahl von Fällen durfte die Möglichkeit dazu doch vorhanden sein.*) Ein nicht unbedeutender Theil der Hallucinationen des Gehörs, welche in Irren-Anstalten eine so mächtige Rolle spielen, denen aber gewiss nicht immer eine sinnliche Wahrnehmung zu Grunde liegt, was bekanntlich auch von Ludwig Meyer**) und Kahlbaum***) behauptet wird, vor allen jene sogenannten psychischen Hallucinationen Baillarger's dürften alsdann so ziemlich des unbegreiflich Wunderbaren entkleidet werden, in das sie trotz hundertfältiger Untersuchungen noch bis zum heutigen Tage gehüllt sind.

Somit hätten wir denn gefunden, dass nicht blos im Allgemeinen ein sehr inniger Zusammenhang zwischen Chorea und psychischen Erkrankungen besteht, sondern dass auch eine nicht kleine Anzahl anscheinend ganz differenter Erscheinungen im Verlaufe der Psychosen den Charakter der choreaartigen Bewegungsstörungen an sich trägt, ja blos eine andere Seite derselben repräsentirt.

Den letzten Gründen der Krankheit, den pathogenetischen Momenten sind wir darum allerdings noch nicht näher gekommen; allein diese darzulegen war auch nicht die Aufgabe, welche ich mir gestellt hatte. Mir war nur darum zu thun, das Wesen der besprochenen Symptome auf einfachere und mehr gekannte Vorgänge zurückzuführen, die Isolirtheit, in der sie betrachtet zu werden pflegen, zu beseitigen und die Gesetzmässigkeit anderer körperlicher Vorgänge auch für sie nachzuweisen. — Sollte mir das gelungen sein, so würde damit auch zugleich ein weiterer Einblick in die räthselhaften psychischen Vorgänge eröffnet und wenigstens ein Theil der Dunkelheit zerstreut sein, welche trotz der werthvollen Fingerzeige genialer Beobachter der jüngsten Zeit noch immer auf ihnen lastet.

---

*) Vergl. Griesinger, Arch. f. Heilkunde VII pag. 338 u. ff. — Arch. f. Psych. I. 1. pag. 153—154.

**) L. Meyer, Charakt. d. Halucinat. in Geisteskrankh. — Centralblatt f. med. Wiss. 1865. No. 43.

***) Kahlbaum, Die Sinnesdelirien. Zeitschr. f. Psych. XXIII. 1866. 1 u. 2.

XXXI.

Ueber eine eigenthümliche Erkrankung des Schädeldachs.

Von

Dr. Th. Simon,

zweitem Arzt der Irren-Anstalt Friedrichsberg zu Hamburg.

(Hierzu Tafel X.)

Von den mannigfachen Veränderungen des Schädeldaches, die in Form von Hyperostosen und Atrophieen, Caries und Nekrosen auftreten, lässt sich eine gewisse Anzahl auf allgemeine Ursachen zurückführen. Es gibt angeborene Schädeldifformitäten; Erkrankungen jeder Art, die durch trauma bewirkt sind; ferner solche, die aus gewissen Krankheiten oder besonderen Körperzuständen herzuleiten sind: syphilitische Schädelerkrankungen, tuberculöse und puerperale Osteophyten, die rhachitische Craniotabes.

Scheidet man die auf solche Weise ihren Ursachen nach erkannten Veränderungen aus, so bleibt doch ein gutes Theil solcher übrig, die noch der weiteren Erklärung harren. Eine Anzahl derselben ist zusammengefasst unter dem Namen der Alters-Atrophie, nicht als ob diese Atrophie eine mehr oder weniger konstante Erscheinung der Alters-Involution wäre — man trifft sie bei Hunderten von alten Individuen kaum einmal — sondern weil die durch gewisse gemeinschaftliche Eigenschaften sich auszeichnenden Atrophieen auf dem Parietalbeine grade bei älteren Leuten wiederholt beobachtet sind.

Die nachfolgende Beobachtung zeigt, dass auf dem Parietalbein älterer Individuen sich noch andere Veränderungen finden, die weder jenen allgemeinen Ursachen zugeschrieben werden können noch mit der „Alters-Atrophie“ zusammengehören, und daher für eine Erkrankung sui generis gehalten werden müssen, so lange es nicht gelingt, Uebergangsformen aufzufinden, die dieselbe mit andern bekannten Veränderungen in Zusammenhang bringen.

Am 22. Mai 1866 machte ich im Werk- und Armenhause*) die Section eines 76jährigen Mannes Johann Peter Trollsen aus Hamburg, der seit etwa einem Jahre wegen Hülflosigkeit in der Siechen-Abtheilung jener Anstalt aufgenommen war.

Er zeigte bei seiner Aufnahme eine Vertiefung auf dem rechten Scheitelbein, die er von einer zur Zeit des Hamburger Brandes (1842) erlittenen Verletzung herzuschreiben geneigt war.

Damals sei ihm beim Beladen eines Wagens ein Korb mit Porzellansachen auf den Kopf gestürzt, so dass er zu Boden gestürzt sei. Einige Zeit nachher habe er bemerkt, dass an jener Stelle der Schädel flacher sei als an der andern Seite und dies habe allmählich zugenommen.

Jenes trauma scheint aber nicht sehr bedeutend gewesen zu sein, denn nach den näheren Umständen befragt, gab er an, er sei nach wenig Minuten wieder aufgestanden und habe seine Beschäftigung fortgesetzt.

Da er nun bald darnach jene Vertiefung verspürt, so ist es höchst unwahrscheinlich, dass dieselbe mit der so wenig schweren Verletzung zusammenhängt, vielmehr hat ihn jener Zufall wohl nur zu einer genaueren Beobachtung seines Kopfes bewogen, als gesunde Leute seines Standes dies sonst zu thun pflegen.

An der Leiche zeigte die Vertiefung eine unregelmässig rhomboide Gestalt, mit einer grössten Länge von 12½, einer grössten Breite von 4½ Centimeter.

Die vordere Spitze liegt über der Mitte des Augenbraunbogens, 6 Cm. von diesem entfernt, nach innen links reicht sie an die Pfeilnaht ungefähr in deren Mitte, nach aussen (rechts) liegt der äusserste Punkt etwa 3½ Cm. gerade oberhalb des Gehörganges, die hintere Spitze reicht etwas hinter die Gegend des tuber parietale hinaus und bleibt 7 Cm. von der Lambda-Naht, die sich aus dem Niveauunterschied zwischen Occipital- und Parietalbein erkennen lässt.

Die Haut, die diese Stelle bedeckt, ist überall vollkommen normal ohne alle Narben, spärlich mit weissen Haaren bedeckt.

Untersucht man die Vertiefung durch Druck mit dem Finger, so fühlt man, ungefähr in der Mitte, eine Parthie, über der man nicht die Empfindung hat, als ob man auf einen harten Körper (Knochen) stosse, sondern als ob man eine etwas elastische Masse drücke.

*) Meinem verehrten Freunde, Dr. J. H. Nölting, Arzt des Werk- und Armenhauses, danke ich für die mir gebotene Gelegenheit, jenen Fall zu untersuchen, wie er mir auch das betreffende Präparat überliess.

Nach Abnahme der Schädeldecke zeigte sich der Grund der Vertiefung in der vordersten und hintersten Parthie aus Knochen bestehend, im übrigen Theil lag die dura mater direkt der Haut an, mit der sie fest verbunden war.

An der als besonders weich beschriebenen Stelle weichen die Fasern der innern Lage der dura auseinander, so dass in der Grösse eines Viergroschenstückes das Gehirn und die äussere Haut nur durch eine ganz dünne Lage — die Faserzüge der äussern Schicht der dura, von einander getrennt sind.

Die pia mater war wenig getrübt, das Gehirn selbst normal, bis auf etwas Altersschwund der Windungen.

Vom übrigen Sectionsbefund ist nur zu bemerken, dass Heerde käsiger Pneumonie beide Lungen durchsetzten.

So weit reichen meine an Ort und Stelle aufgenommenen Notizen. Am Tage nach jener Section zur Erfüllung meiner Militairpflicht einberufen, konnte ich das frische Objekt nicht weiter untersuchen, sondern musste dasselbe zum Maceriren fortgeben.

Das auf diese Weise gewonnene Präparat zeigt Folgendes:

Die Schädeldecke ist ziemlich tief abgesägt, indem die Sägefläche 3,2 Cm. unter der Spitze des Occiput und fast 11 Cm. unter der Vereinigung der Pfeil- und Kranznaht verläuft, seitlich ist ein Stück von der squama temporalis des Schläfenbeins mitgenommen.

Der Längsdurchmesser beträgt 18,4 Cm., der grosse Breitendurchmesser in der Gegend der tubera parietalia 14,7 Cm. Beim Beginn des Stirnbeins ist die Breite 11,6 Cm., die Verschmälerung erfolgt sehr allmählig.

Auf der Sägefläche beträgt die Dicke

des Stirnbeins	0,5—0,6 Cm.
in den seitlichen Parthien	0,25—0,4 -
des Hinterhauptbeins . .	0,6—0,7 -
des Parietalbeins . . .	0,1—0,5 -

Der Schädel ist trotz dieser normalen Dickenverhältnisse relativ schwer, indem die diploë sehr vermindert ist. Stirn- und Hinterhauptbein besteht fast nur aus kompakter Knochensubstanz, im Seitenwandbein findet sich etwas mehr diploë, doch auch hier durch ziemlich breite Balkenzüge festeren Knochengewebes getrennt.

Von den Nähten ist die Lambda-Naht, so weit das Präparat reicht, gut erhalten, nur die Spitze ist verwachsen.

Die Sagittalnaht ist im vordersten Viertel vollständig verwachsen, in den mittleren 2 Vierteln zeigen sich noch Andeutungen derselben,

doch von vollständig verwachsenen Parthien unterbrochen, das hinterste Stück ist vollständig erhalten. Die Kranznaht ist in der linken Hälfte gut sichtbar. Nur die abschüssigen Parthien sind verwachsen; von der Mitte nach rechts findet sich nur oberhalb und unterhalb des Beginns der Schläfengrube ein zusammen 4 Cm. langes Stück.

Von der innern Glastafel ist wenig zu bemerken. Der sulcus des sinus longitudinalis ist kaum angedeutet, auf der linken Stirnbeinseite liegen 4 nicht sehr tiefe Gruben für Pacchionische Granulationen; die juga cerebralia sind wenig ausgebildet, auch die sulci meningei flach.

Die hauptsächlichste Veränderung findet sich im rechten Scheitel- und der entsprechenden Hälfte des Stirnbeins.

Hier verläuft die schon oben beschriebene grosse Vertiefung, deren Boden einen grossen Knochendefect zeigt.

Die Vertiefung wurde als unregelmässig rhombisch verzeichnet, der Knochendefect selbst wäre längsoval (und zwar die Längsrichtung parallel der Pfeilnaht) zu nennen, wenn nicht die hintere Hälfte des unteren Kreisfragmentes durch eine einspringende Knochenlamelle verengt würde.

Die grösste Länge der Vertiefung (fast parallel der Pfeilnaht, wie der Gegend des tub. par. bis in die Mitte des Stirnbeins) beträgt	11	Cm.
die grosse Breite (von dem Beginn der Sagittalis bis in die Kranznaht, am Beginn des pl. temp.)	6,8	-
grösste Länge des Knochendefectes (ziemlich gleich auf Parietal- und Frontalbein sich vertheilend)	5,6	-
grösste Breite (Gegend der Kranznaht)	3,4	-
schmalste Mitte des Knochendefectes (in seinem hintersten Theil)	1,8	-

Die Einsenkung entsteht dadurch, dass sich die äussere Glastafel gegen den Knochendefect hin von allen Seiten bedeutend verdünnt, mit ziemlich steilem Abfall besonders an der untern Kante, so dass der Knochendefect überall von einer papierdünnen Knochenplatte umgeben ist, die einzelne kleine zackige Ausbuchtungen zeigt.

Indem ich über die Dicke des Knochens eine Anzahl Messungen am Schlusse folgen lasse und im Uebrigen auf die Abbildung verweise, wende ich mich zu der eigenthümlichen Beschaffenheit der die Einsenkung umgebenden Ränder, wie sie am auffälligsten sich in der hinteren Hälfte des obern Randes zeigt.

Hier liegen, von der Kranznaht anfangend, an der Grenze der

Einsenkung etwa 10 rundliche Stellen, deren Durchmesser zwischen 0,6 und 0,1 Cm. schwankt, zumeist aber 0,3 bis 0,4 beträgt.

Diese Stellen sind etwas eingesunken und von einer grossen Anzahl kleiner Löcher durchsetzt, weswegen sie schon aus der Entfernung durch ihr mattes Aussehen von den glatten und darum mehr glänzenden Parthien sich abheben. Vor dem Defect ist der Rand überall von ähnlichen kleinen Löchern durchsetzt, von denen man, wenn man die eben geschilderte Anordnung beachtet hat, noch Andeutungen kreisförmiger Heerde erkennt.

Betrachtet man die Löcher innerhalb der heerdartigen Vertiefungen mit der Lupe, so sieht man, dass sie nur in der Minderzahl rund, meist unregelmässig, bald stark in die Länge gezogen, bald drei- und mehreckig sind.

Der untere (steile) Rand ist ebenfalls durchlöchert, doch sind die Löcher weniger zahlreich; eine gruppenweise Anordnung nicht nachweisbar.

Dagegen liegen noch 2 sehr deutliche Heerde von 0,4 und 0,5 Durchmesser in der Verlängerung des untern Randes nach hinten. Sie fallen bei näherer Besichtigung dadurch auf, dass sie in 2 Absätzen getheilt sind, indem zunächst ein ganz schmaler Ring von geringer Vertiefung sich findet und von diesem ab die eigentliche Einsenkung steil abfällt.

Die zwischen dem Rand und dem Defect liegende dünne Knochenplatte ist vorn fast ganz glatt, hinten sieht man kleine, 0,01 bis 0,02 Durchmesser haltende flache Vertiefungen, in denen man mittelst der Lupe ebenfalls ganz feine Löcher nachweisen kann.

Auf der Innenseite bietet die dünne Knochenlamelle durchaus nichts Auffälliges, 2 grosse sulci meningei treten gegen sie heran, ohne sich deutlich auf ihr zu verzweigen.

An der entsprechenden Stelle ist links der Knochen vollständig normal, nirgends sieht man eine Andeutung von Atrophie an der äussern Glastafel, auf der innern verläuft ein grosser sulcus meningeus mit seinen Zweigen bis an die Mittellinie.

Zur Vervollständigung dieser Beschreibung füge ich noch folgende Dicken Maasse von der betreffenden Stelle an:

Dicke des Knochens an dem Wall unterhalb des Defectes, dem hintern Ende des vollständigen Knochenschwundes entsprechend . . . . 0,65 Cm.

Dicke des Knochens an derselben Stelle links . . . . 0,7 -

Dicke des Knochens hinter der atrophischen Stelle ein wenig oberhalb der lin. semicircul.	0,55 Cm.
Dieselbe Stelle links	0,55 -
Dicke der atrophischen Parthie in der Mitte zwischen Beginn der Atrophie: dem vollständigen Knochendefect .	0,2 -
Dicke des Knochens unmittelbar vor der atrophischen Stelle (auf dem Stirnbein)	0,35 -
entsprechend links.	0,4 -
zwischen dieser Stelle und der Sägefläche beiderseits .	0,4 -
Dicke des Knochens oberhalb (nach innen) von der atrophischen Stelle (Gegend der Kranznaht)	0,6 -
dieselbe Stelle links	0,6 -

Es liegt hier also eine Vertiefung auf dem rechten Scheitelbein und der rechten Hälfte des Stirnbeins vor, bedingt durch einen Schwund der Knochensubstanz, der zu einem vollständigen Defect derselben in grosser Ausdehnung geführt hat.

Die an den Rändern beobachteten Heerde scheinen dafür zu sprechen, dass dieser Schwund bedingt ist durch das Auftreten kleiner rundlicher osteoporotischer Heerde, die entweder zur vollständigen Vernichtung der Knochensubstanz oder zu einer sehr bedeutenden Verdünnung derselben führen.

Es würde sich fragen, ob wir diesen Befund auf einen bekannten Prozess zurückführen können.

Dass wir es nicht mit einem angebornen Knochendefect zu thun haben, ist wohl klar; auch abgesehen von der Anamnese, die ein allmähliches Zunehmen jenes Schwundes in den letzten 25 Jahren ergiebt, sprechen jene Heerde für einen spätern Ursprung.

Dagegen finden wir in der Anamnese den Hinweis auf ein trauma, das Niederfallen eines Korbes mit Porzellan auf den Kopf. Dass aber dies trauma kein bedeutendes gewesen, erhellt sowohl aus der schon erwähnten Angabe, dass Patient alsbald wieder aufgestanden sei und seine Arbeit fortgesetzt habe, als auch aus dem Fehlen irgend welcher Hautveränderung an der betreffenden Stelle. Es liegt kein Grund zu der Annahme vor, dass eine so unbedeutende Verletzung einen Jahre andauernden und zu so hochgradigen Veränderungen des Knochengewebes führenden Prozess bewirkt habe.

Schliesst man aber trauma und angeborene Veränderung des Knochens aus, so bleiben, da eine auf den Knochen drückende Geschwulst

nicht vorhanden war, von Schädelerkrankungen nur 2 Arten, die hierher zu ziehen sind: die syphilitische und die Alters-Atrophie.

Unläugbar kann aus dem Befunde als solchen eine vollständig abgelaufene syphilitische Knochen-Erkrankung nicht mit Gewissheit abgewiesen werden, wenn man auch zugeben wird, dass diese Form eine ganz ungewöhnliche sei. Allein die Abwesenheit irgend welcher syphilischen Erkrankung anderer Organe, mit Einschluss der Haut, lassen die Annahme, es handele sich um Knochensyphilis, nicht zu. Es bliebe noch die senile Atrophie, an die man um so eher denken muss, als das Präparat von einen hochbetagten Mann herstammt.

Es ist schwer, eine Beschreibung des Prozesses, den man senile Atrophie nennt, zu geben. Seit Virchow dieselbe als einen eigenthümlichen Vorgang erkannt und Meier einige dahingehörige Notizen veröffentlicht hat, ist meines Wissens keine sich speziell mit der senilen Atrophie beschäftigende Arbeit erschienen.

Nach dem bis jetzt Bekannten kann man wohl am besten unter dem Namen der „senilen“ diejenigen Atrophien des Schädeldaches zusammenfassen, die:

1) auf dem Parietalbein und speziell in der Gegend der tubera ihren Sitz haben,

2) sich nach vorn nicht über die Kranznaht erstrecken,

3) symmetrisch zu beiden Seiten der Pfeilnaht liegen und

4) von einem Rande verdickter Knochensubstanz umgeben sind.

Keine dieser Eigenschaften ist aber ganz constant, insbesondere findet man häufig die Atrophie auf der einen Seite weit weniger ausgesprochen als auf der andern, doch ist es ungemein selten, dass auf der einen Seite eine jede Andeutung desselben Prozesses fehlt.

Noch seltener aber ist es, dass die senile Atrophie die Kranznaht überschreitend sich auf das Stirnbein ausdehnt und ich habe nur einen einzigen Fall aus dem Berliner anatomischen Museum durch die Güte des Herrn Professor Virchow gesehen, wo zwar nicht die Vertiefung aber das eigenthümliche Aussehen, das solche Stellen haben, wenn man sie gegen das Licht hält (gelblich-durchscheinend), sich auch in einer mässigen Ausdehnung im Stirnbein zeigte.

Wenn man aber auch die Ausnahmen für jede einzelne der Bedingungen, unter denen die senile Atrophie auftritt, anerkennt, so kann man doch nicht mehr von einer solchen reden, wenn wie hier, alle 4 Punkte nicht zutreffen, indem die Erkrankung vollständig einseitig ist, die Hauptveränderung sich weit vor dem tuber parietale findet und

weit auf das os frontis hinübergreift und eine verdickte Knochenschicht als Rand sich nirgends findet.

Dazu kommt, dass jene kleinen Erkrankungsheerde, wie wir sie an unserm Präparat beschrieben, bei der senilen Atrophie meist vollkommen fehlen und selbst in den seltenen Fällen, wo sie sich finden, von jenem Präparat sich dadurch unterscheiden, dass die Heerde kleiner und die Osteoporose so viel feiner ist, dass man sie nur mittelst der Lupe erkennen kann.

Wir sind daher vorläufig ausser Stande, die Schädelveränderung, wie wir sie oben beschrieben, einer bestimmten Erkrankungsform anzureihen und halten sie, bis weitere Untersuchungen ein anderes erweisen, für eine Erkrankungsform eigener Art, bestehend in einer hochgradigen, bis zu ausgedehnter vollständiger Vernichtung des Knochengewebes führenden Atrophie, durch kleine Heerde von Osteoporose eingeleitet.

XXXII.

Zur Frage: Ueber die Sicherstellung des Rechtsschutzes der Irren.

Von

Dr. Ludwig Schlager,
Landesgerichtsarzt und K. K. Professor der Psychiatrie.

Der Umschwung der staatlichen Verhältnisse in Oesterreich veranlasste mich, meine bereits im Jahre 1859 in Angriff genommenen Bestrebungen, in Oesterreich das Zustandekommen eines Irrengesetzes anzubahnen — neuerdings aufzunehmen und zunächst auf den Erlass eines Gesetzes zur Sicherstellung des Rechtsschutzes der Irren hinzuwirken. Zu diesem Behufe übergab ich am 15. November 1867 dem damaligen Minister der Justiz Sr. Excellenz Ritter von Hye nachstehende Denkschrift:

Euer Excellenz!

Die Energie, mit der Euer Excellenz in den verschiedenen Zweigen der Justizgesetzgebung die nach den Anforderungen der Wissenschaft und im Hinblick auf die thatsächlich bestehenden Bedürfnisse der Zeit gerechtfertigten Reformen zur Anregung und verfassungsmässigen Behandlung bringen, gibt dem ehrfurchtsvoll Gefertigten Anlass, die Aufmerksamkeit von Euer Excellenz auf ein Gebiet der Justizgesetzgebung zu lenken, in welchem bei uns in Oesterreich eine systematische Regelung der bestehenden Bestimmungen und die Duchführung zeitgemässer Reformen dringend geboten erscheint. Es ist dies das Gebiet der Irrengesetzgebung.

Es liegt in der Natur der Verhältnisse, dass dieser Zweig der Gesetzgebung in seiner Bedeutung und Wichtigkeit zunächst denjenigen entgegentritt, die vermöge ihrer Berufsthätigkeit Gelegenheit haben,

einerseits die äusseren Lebensverhältnisse der Irren und die socialen Beziehungen derselben, andererseits den Stand der bestehenden Irrengesetze und dahin abzielende Verordnungen, sowohl in ihrer practischen Durchführung, wie in der Rückwirkung derselben auf die Sicherstellung der Rechte der Geistesgestörten kennen zu lernen, so dass es begreiflich erscheint, wenn namentlich Rechtskundige nur ausnahmsweise diesem Gebiete ihre Aufmerksamkeit zuwenden und so den Rechtsgelehrten die äussere Anregung fehlt, dass gerade von Seiten Rechtskundiger auch auf diesem Gebiete der Gesetzgebung zeitgemässe Reformen angeregt und zur Durchführung anempfohlen werden.

Der ehrfurchtsvoll Gefertigte, durch seine practische Berufsthätigkeit als Irrenarzt und Gerichtsarzt bereits seit Beginn seiner practischen ärztlichen Thätigkeit im vielfachen Verkehre mit sowohl innerhalb wie ausserhalb der Irrenanstalten lebenden Geisteskranken, hat bereits vor Jahren diesem Gegenstande seine specielle Aufmerksamkeit zugewendet und er erlaubt sich Euer Excellenz seine in dieser Richtung bereits im Jahre 1859 erschienenen Publicationen zur geneigten Einsichtsnahme vorzulegen. Die bisherigen staatlichen Zustände in Oesterreich waren der Anbahnung und Durchführung zeitgemässer Reformen auf diesem Gebiete wenig günstig; daher es der Gefertigte unterliess, jene Schritte zu machen, um den in dieser Hinsicht bestehenden Bedürfnissen an competenter hoher Stelle Ausdruck zu geben. Der Umschwung der staatlichen Verhältnisse und namentlich der Umstand, dass sich nach Oben zu nun in Oesterreich die Ueberzeugung Bahn gebrochen zu haben scheint, dass auf den verschiedensten Gebieten der Gesetzgebung die Durchführung zeitgemässer Reformen nothwendig sei, veranlasste den ehrfurchtsvoll Gefertigten nunmehr den Zeitpunkt zu benützen, um Euer Excellenz zu bitten, im Interesse der Geistesgestörten wie der Gesellschaft, dieser in Oesterreich bisher nur sehr lückenhaften Gesetzgebung Ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden und so allmählig durch die Durchführung rationeller, zeitgemässer Irrengesetze auch bei uns in Oesterreich den diesbezüglichen Leistungen anderer Verfassungsstaaten gleichzukommen.

Der ehrfurchtsvoll Gefertigte hat es Euer Excellenz gegenüber nicht nöthig, erst auf den Stand der Irrengesetzgebung in andern Ländern hinzuweisen und eine Parallele zu ziehen zwischen den diesbezüglichen gesetzlichen Bestimmungen, wie selbe in Oesterreich und in andern Staaten bestehen. Es lässt sich nicht verkennen, dass es in den Entwickelungsverhältnissen der Wissenschaft der Psyhiatrie in ihren speciellen Beziehungen zur Rechtspflege und öffentlichen Verwaltung

zum Theile gelegen sei, dass in den meisten Gesetzgebungen die auf die Irren und das Irrenwesen Bezug habenden Gesetze mitunter ganz allgemein gehalten, ohne inneren organischen Zusammenhang und logische Gliederung in mancher Hinsicht lückenhaft sind, und, wie ein eingehendes Studium der in den verschiedenen Ländern bestehenden Irrengesetze die Ueberzeugung verschafft, noch in keinem Staate in jener Weise geregelt erscheinen, wie dies einerseits in Rücksicht der Herbeiführung der Wiedergenesung der Geistesgestörten, andererseits im Interesse der Wahrung der Rechte derselben nach den Principien des modernen Rechtsstaates als absolut nothwendig gefordert werden muss.

Die eigenthümlichen Organisationsverhältnisse im Staatsleben bringen es mit sich, dass bei der in einem Rechtsstaate absolut nothwendigen Trennung der Justiz von der Verwaltung auch die auf die Irrengesetzgebung bezughabenden Bestimmungen nach diesen zwei Richtungen gesondert werden müssen, je nachdem sie nach den im speciellen Falle Geltung habenden Verwaltungsprincipien als der Competenz der politischen oder aber jener der Justizbehörden zufallend angesehen werden.

Mögen nun aber welch' immer für Principien in Bezug auf die Competenz der genannten Behörden rücksichtlich der berührten Aufgaben des Staates gegenüber den Geisteskranken maassgebend sein, so viel steht als Thatsache fest, dass alle auf die Irren und das Irrenwesen bezughabenden gesetzlichen Bestimmungen im harmonischen Einklange stehen und in ihren gegenseitigen Beziehungen zu einander gewürdigt werden müssen und dass, insofern dies nicht geschieht, durch jede Einseitigkeit in Anordnung derartiger gesetzlicher Vorschriften das Wohl der Geisteskranken, sei es in Bezug ihrer Wiedergenesung, oder aber in Rücksicht der Wahrung ihrer Rechtsverhältnisse empfindlich beeinträchtigt werde.

Eine genauere Würdigung der bezüglich der Irren und des Irrenwesens in Oesterreich Geltung habenden gesetzlichen Bestimmungen ergibt, dass mit Ausnahme der im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuche bezüglich der mit Geistesstörung behafteten Personen enthaltenen allgemeinen Bestimmungen in Oesterreich die übrigen auf diese Verhältnisse bezughabenden Bestimmungen ohne organischen Zusammenhang in Form verschiedener, nur von Fall zu Fall erlassener Hofkanzleidecrete erflossen, und dass manche von diesen mitunter ganz zweckentsprechenden, aber stets nur im Hinblick auf einen speciellen Fall erflossenen Verfügungen im Laufe der Zeit allmählig ganz in

Vergessenheit geriethen oder durch die geänderten staatlichen Einrichtungen wesentlich abgeändert wurden. Der Umstand, dass auch in Oesterreich die Trennung der Justiz von der Verwaltung Platz griff, brachte es mit sich, dass nunmehr in manchen Richtungen in Betreff der Sicherstellung der Rechte der Geisteskranken gar keine behördliche Controle geübt wird und dass sich die Ueberwachung der Geisteskranken höchstens auf eine nur theilweise polizeiliche Ueberwachung beschränkt; eine systematisch durchgeführte Ueberwachung darüber, dass ein Staatsbürger unter dem Vorwande, dass er an Geistesstörung erkrankt sei, widerrechtlich nicht in seiner persönlichen Freiheit und Ausübung seiner bürgerlichen Rechte beeinträchtigt werde, eine systematische Ueberwachung darüber, um wirklich Geistesgestörte rechtzeitig in ihren Rechtsverhältnissen sicher zu stellen und namentlich in der Richtung, dass an Geistesstörung erkrankt Gewesenen ihre persönliche Freiheit und das Recht der Wiederausübung ihrer bürgerlichen Rechte nicht länger und nicht in einem höheren Grade entzogen werde, als dies der Character, die Natur und die Dauer ihres Zustandes nothwendig machen, eine systematische Controle darüber, dass die nach dem Gesetze zur Fürsorge für Geistesgestörte verpflichteten Personen in jeder Richtung ihre Pflicht erfüllen, eine solche systematische Ueberwachung existirt bei uns in Oesterreich nicht, trotz der im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuche enthaltenen Bestimmung (§ 21), worin es heisst: dass diejenigen, welche wegen Gebrechen des Geistes ihre Angelegenheiten selbst gehörig zu besorgen unfähig sind, unter dem besondern Schutze des Gesetzes stehen, so Rasende, Wahnsinnige, Blödsinnige, welche des Gebrauches ihrer Vernunft entweder gänzlich beraubt oder wenigstens unvermögend sind, die Folgen ihrer Handlungen einzusehen —, und trotz des Gesetzes zum Schutze der persönlichen Freiheit, in welchem man eine specielle Sicherstellung der persönlichen Freiheit in der vorangedeuteten Richtung nicht vorfindet. So human und zweckmässig in vielen Richtungen die bezüglich der Bestellung der Curatel bestehenden Bestimmungen des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches sind, so bedarf es doch keiner eingehenden Begründung, um darzuthun, dass durch den Bestand dieser Bestimmungen allein der beabsichtigte Zweck des Gesetzgebers nicht erreicht werden kann, wenn nicht gleichzeitig durch entsprechende gesetzliche Bestimmungen vorgesorgt ist, dass die Civilgerichtsbehörde rechtzeitig und überhaupt in Kenntniss gelange, dass in einem gegebenen Falle die zum Rechtsschutze eines an Geistesstörung Erkrankten bestehenden Gesetze in Vollzug zu setzen sind. Und grade in dieser Richtung besteht in der österreichischen Gesetz-

gebung eine wesentliche Lücke, so dass man im Hinblick auf die thatsächlichen Verhältnisse aussprechen muss, dass es bei uns in Oesterreich in vielen Fällen bloss dem Zufalle überlassen bleibt, ob der Geistesgestörte unter den Schutz des Civilgerichtes gestellt, d. h. ob ihm die im allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuche zugesicherte Rechtswohlthat der Bestellung eines Curators oder andererseits, nach Bestellung eines solchen, nach Wiederbehebung seiner Geistesstörung das Recht der freien Disposition rechtzeitig wieder zugewendet werde.

Dieser Stand der Dinge verträgt sich wohl nicht mit den Principien eines Rechtstaates und insolange diesem Mangel nicht abgeholfen ist, fällt auf die zur Gesetzgebung berufenen Organe die Verantwortung, wenn wegen Mangel diesfälliger oder ausreichender Bestimmungen geistesgestörte Personen oder von ihrer Geistesstörung Wiedergenesene in ihrem Eigenthume oder in der Ausübung ihrer bürgerlichen Rechte beeinträchtigt werden.

Wenn auch das Misstrauen und der Verdacht, als ob Geisteskranke in öffentlichen oder Privat-Irrenanstalten widerrechtlich zurückgehalten würden, wohl nicht gerechtfertigt erscheint, so ist es doch gerade bei dem Umstande, dass das grosse Publikum, sei es aus Unkenntniss oder Scandalsucht zu solchem Misstrauen und solchen Annahmen sehr leicht bestimmbar erscheint, dringend geboten, dass durch die Gesetzgebung vorgesorgt sei, dass ein solches Misstrauen und solcher Verdacht nicht Platz greifen kann; einem solchen Misstrauen lässt sich aber nicht begegnen, insolange es an gesetzlichen Bestimmungen mangelt, die in wirksamer Weise dahin abzielen, dass jeder Geistesgestörte thatsächlich unter den besondern Schutz des Gesetzes, resp. der Civilgerichts-, nicht aber bloss der Administrativ- und Polizeibehörde gestellt sei, namentlich jene Irren, die in Privat- und öffentlichen Irrenanstalten internirt gehalten werden. Die grossen Scandalprocesse in England, Frankreich, Dänemark, die im Laufe der letzten 10 Jahre das Misstrauen der grossen Menge gegen Irrenanstalten nachwiesen und das Vorurtheil bestärkten, dass in den Irrenanstalten Personen widerrechtlich, sei es über Verfügung ihrer Familien oder in Folge der Administrativ- oder Polizeibehörde internirt gehalten würden, sind für die oberste Justizbehörde eines jeden Staates mahnende Beispiele, sich vor dem Vorwurf zu sichern, dass wegen Mangel entsprechender Massregeln das Vorkommen solcher Fälle immerhin möglich erscheine.

In dieser Richtung vorzusorgen, ist die Aufgabe der Justizgesetzgebung, da es sich hier um die Sicherstellung der persönlichen Freiheit

und um die Beschränkung und Wiederaufhebung der Einschränkung in der Ausübung der bürgerlichen Rechte handelt. Die Controle hierüber kann im Rechtsstaate bloss der competenten Civilgerichtsbehörde, nicht aber der politischen Administrativ- oder Polizeibehörde überantwortet werden.

Die Rücksichtsnahme auf die diesfalls in Oesterreich bestehenden Verhältnisse ergibt, dass in Oesterreich seitens der Civilgerichtsbehörde nicht einmal in Betreff jener Geistesgestörten, die in Irrenanstalten angehalten werden, eine Controle geübt wird, die eine genügende Gewähr für die Sicherstellung der Rechte der Kranken bietet; ja in manchen Kronländern kommt es vor, dass bei den in eine Irrenanstalt untergebrachten Kranken nicht einmal eine auf die Curatelverhängung bezughabende Amtshandlung vorgenommen wird, wenn selbe nicht zufällig von den Anverwandten nachgesucht wird, so dass thatsächlich Geisteskranke jahrelang in Irrenanstalten eingeschlossen bleiben können, ohne dass ihnen ein Curator bestellt wird.

Es besteht allerdings das Hofkanzleidecret vom 21. Juli 1825 Pol. G. S. 53. Band, welches bestimmt, dass, wenn ein Irrsinniger nicht von seiner Personal-Instanz in eine Irrenanstalt abgegeben wird, hiervon sogleich die Anzeige an die Landesstelle zu geschehen habe, damit diese die competente Personal-Instanz zur Einleitung der weiters nöthigen Verfügungen in Kenntniss setze. Der Inhalt dieses Decretes scheint aber nach mancher Seite hin in Vergessenheit gerathen zu sein, ungeachtet Se. Majestät der Kaiser Franz mit Allerhöchster Entschliessung vom 22. October 1827 anzuordnen geruhte, dass namentlich bei der Aufnahme von Irren in Privat-Anstalten die bestehenden Gesetze und Verordnungen genau beobachtet werden.

Da die politische Landesstelle wohl nicht in der Lage ist, die der Civilgerichtsbehörde zustehenden Amtshandlungen vorzunehmen und erst zu entscheiden, ob und welche Amtshandlungen die Civilgerichtsbehörde vorzunehmen habe, so ist wohl nicht abzusehen, warum die Anzeige von der Aufnahme eines Geistesgestörten in eine Irrenanstalt erst der politischen Landesstelle und durch diese erst der Civilgerichtsbehörde angezeigt werden soll; im Interesse der Beschleunigung der Sicherstellung der Rechte der Geistesgestörten ist es vielmehr sehr wünschenswerth, dass die Aufnahme solcher Kranken in eine Irrenanstalt unmittelbar der competenten Civilgerichtsbehörde angezeigt werde und zwar unverzüglich; denn die Aufgabe der Civilgerichtsbehörde ist es, zu erheben, ob nicht sogleich durch Bestellung eines provisorischen und definitiven Curators der Kranke

vor Beeinträchtigung geschützt werden soll. Bei Geisteskranken, die in öffentlichen Irrenanstalten aufgenommen werden, ist dies allerdings in einzelnen Kronländern auch schon seit Jahren der Fall, dass nämlich die Anstalts-Direction unmittelbar der competenten Civilgerichtsbehörde (den Landes- und Kreisgerichten) die Aufnahme der Kranken zur Anzeige bringt; bezüglich dieser Fälle handelt es sich nur darum, anzuordnen, jeden vorkommenden Fall innerhalb einer bestimmten Zeit im Sinne der diesfalls erflossenen Verordnung zur Anzeige zu bringen, nicht aber erst nach Wochen, Monaten, oder aber gar nicht.

Soweit es den Directionen der öffentlichen Irrenanstalten obliegt, der Civilgerichtsbehörde sogleich von der Aufnahme eines Geistesgestörten die Anzeige zu erstatten, so wären in gleicher Weise die Vorstände der Privat-Irrenanstalten zu beauftragen, die Aufnahme eines Geisteskranken unter Vorlage der gesetzlich vorgeschriebenen Documente **unmittelbar und unverzüglich der Civilgerichtsbehörde** anzuzeigen, da die Erfahrung lehrt, dass regelmässig Wochen, ja selbst Monate vorübergehen, bis dass die Anzeige durch die Landesstelle der Civilgerichtsbehörde zukömmt und die zur Sicherstellung der Rechte und des Vermögens der Kranken erforderliche Amtshandlung durch das Civilgericht vorgenommen werden kann; in manchen Fällen notorisch die Anzeige von der Aufnahme von Geisteskranken in eine Privat-Irrenanstalt der Civilgerichtsbehörde gar nicht zur Kenntniss gelangt, so dass Fälle vorkommen, dass Geisteskranke monate-, ja jahrelang in einer Irrenanstalt verblieben, ohne dass hiervon die competente Civilgerichtsbehörde Kenntniss erlangte.

Solche Vorkommnisse sind nur bei einer lückenhaften Gesetzgebung möglich, solche Zustände würden aber, falls sie allgemein bekannt würden, gewiss eine sehr herbe Beurtheilung finden.

In gleicher Weise ungenügend ist die Gesetzgebung in Rücksicht der Controle darüber, dass den an Geistesstörung erkrankten, unter Curatel gestellten Personen ihre persönliche Freiheit und das freie Dispositionsrecht nicht länger entzogen werde, als dies der Bestand ihrer geistigen Störung nothwendig macht. Der § 283 des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuchs bestimmt allerdings, dass die Curatel aufhöre, wenn die Gründe aufhören, die den Pflegebefohlenen an der Verwaltung seiner Angelegenheiten verhindert haben; dass ein Wahn- oder Blödsinniger den Gebrauch seiner Vernunft erhalten habe, müsse nach einer genauen Erforschung der Umstände und aus den Zeugnissen der zur Untersuchung von dem Gerichte bestellten Aerzte entschieden werden; — in welcher Weise aber vorgesorgt sei, dass sich die Civil-

gerichtsbehörde rechtzeitig davon Ueberzeugung verschaffe, ob bei einem an Geistesstörung erkrankt gewesenen Individuum die im § 283 angedeuteten Bedingungen eingetreten seien, darüber besteht keine entsprechende Bestimmung und es ist dem blossen Zufalle überlassen, ob die Curatoren oder Curanden Anlass nehmen, irgend welche Schritte wegen Wiederaufhebung der Curatel einzuleiten, so dass die Fälle nicht vereinzelt vorkommen, dass wiedergenesene, während des Bestandes ihrer Geistesstörung unter Curatel gestellte Personen, die von der Vornahme dieses Actes gar keine Kenntniss und keine Erinnerung haben, nach ihrer Wiedergenesung oft noch monate- ja selbst jahrelang unter Curatel verbleiben, selbst verschiedene Rechtsgeschäfte, Käufe, Verträge, Schenkungen, Testamente u. s. w. abschliessen, die nach den Bestimmungen des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches alle angestritten werden können. Ist doch dem Gefertigten ein Fall vorgekommen, dass eine wegen Blödsinn unter Curatel gestellte Person sich trotz der gerichtlich verhängten Curatel verehelichte.

Es ist wohl eine der in ihren Consequenzen nachtheiligsten Lücken der Justizgesetzgebung, dass es an Bestimmungen fehlt, die dahin gehen, dass die unter Curatel stehenden Personen nach bestimmten Zeitabschnitten von Amtswegen, und nicht erst über Einschreiten der Curanden oder deren Curatoren dahin untersucht werden, ob selbe von ihrer Geistesstörung wieder genesen sind und demnach die über sie verhängte Curatel aufgehoben werden kann. Durch die nicht rechtzeitige Aufhebung einer Curatel wird nicht bloss der Curande in gesetzwidriger Weise in der Ausübung seiner bürgerlichen Rechte beschränkt, es werden hierdurch mitunter auch andere, dritte Personen direct oder indirect in ihren Rechten empfindlich beeinträchtigt, daher es der Civilgerichtsbehörde als Verpflichtung obliegt, darüber zu wachen, dass wegen Geistesstörung unter Curatel gestellte Personen nach ihrer Wiedergenesung wieder rechtzeitig in den Vollgenuss ihrer bürgerlichen Rechte zurückversetzt werden. Bei dem jetzigen Stande der Gesetzgebung darf man sich nicht wundern, dass sich die Civilgerichtsbehörde um die in einer Irrenanstalt internirten, bereits unter Curatel gestellten Personen gar nicht weiter kümmert, ob selbe von ihrer Geistestörung wirklich genesen sind, ob selbe noch in der Anstalt oder ausserhalb derselben leben, und dass deshalb nicht so selten die Fälle vorkommen, dass weder die Curatoren noch die Curatelsbehörden in Kenntniss sind, woselbst sich ihre Curanden im Aufenthalte befinden, namentlich dann, wenn die Curanden kein Vermögen besitzen, obwohl gerade in solchen Fällen der Curande oft viel dringender auf die Für-

sorge eines Curators angewiesen erscheint. Es ist übrigens charakteristisch, dass man nicht selten der Ansicht begegnet, dass für Leute, die kein Vermögen besitzen, eine Curatelsverhängung, i. e. ein Rechtsschutz gar nicht nothwendig sei. Es dürfte nicht überflüssig sein, hier zu bemerken, dass in dem Falle, als unter Curatel gestellte Personen als geheilt aus den Irrenanstalten entlassen werden, dieser Umstand nach den Bestimmungen des § 283 des allgemeinen bürgerlichen Gesetzbuches noch nicht genügt, um solche Personen in den Vollgenuss ihrer bürgerlichen Rechte zurückzuversetzen. Hierbei ist noch zu bemerken, dass aus den Irrenanstalten manche Personen aus verschiedenen Gründen als „geheilt" entlassen werden, die vom gesetzlichen Standpunkte aus noch nicht als dispositionsfähig erscheinen.

Von dringender Nothwendigkeit ist die Einführung einer durch die competente Civilgerichtsbehörde auszuführenden Controle darüber, ob die den Geistesgestörten gestellten Curatoren auch den im Geetze vorgeschriebenen Verpflichtungen nachkommen. Es ist eine Thatsache, die nicht geläugnet werden kann, dass jetzt in dieser Hinsicht eine höchst ungenügende, in vielen Fällen gar keine Controle geübt wird; es kommen Fälle vor, dass sich der Curator monate- ja jahrelang weder um das Befinden noch um die Verpflegung ja nicht einmal um den Aufenthaltsort, geschweige denn um die etwaige Rehabilitirung des Curanden nach seiner Wiedergenesung kümmert, dass der Curator nicht weiss, wo sich sein Curande, und der Curande nicht weiss, wo sich der Curator befinde oder wer überhaupt sein Curator ist, dass unter Curatel gestellte geistesgestörte Personen oft an dem Nöthigsten Mangel leiden, dass die Irrenanstalts - Administrationen bezüglich der in Irrenanstalten untergebrachten Pfleglinge nicht selten die Intervention der Behörden in Anspruch nehmen müssen, um die Curatoren mitunter zu veranlassen, ihren Pfleglingen, selbst wenn sie vermöglich sind, Kleider Wäsche u. s. w. beizustellen, und doch liegt es im Sinne der §§ 188 und 282 des a. b. G. B., dass der Curator für die Person des Curanden zu sorgen hat, wie auch aus den bezüglich der Vormundschaften und Curatelen Geltung habenden Bestimmungen des a. b. G. B. klar hervorgeht, dass es den Curatelsbehörden als Verpflichtung obliegt, die Pflichterfüllung der Curatoren gegenüber ihren Curanden zu überwachen (§ 254).

Ein schlagender Beweis, wie ungenügend es mitunter noch mit dem Rechtsschutze der Irren bestellt ist, ist wohl der, dass noch immer Fälle bekannt werden, dass Geistesgestörte von ihren Pflegeleuten ganz verwahrlost in ganz unbewohnbaren Räumen eingesperrt gefunden

werden und dass solche Missstände selbst bei Individuen vorkommen, die bereits unter Curatel gestellt worden sind. Insofern Seitens der Staatsverwaltung dafür vorgesorgt ist, dass Geistesgestörte nicht bloss nach dem Wortlaute des Gesetzes, sondern in Wirklichkeit unter den Schutz des Gesetzes gestellt sind, kann man das Vorkommen solcher Uebelstände der Staatsregierung nicht zur Last legen, insofern aber der im § 21 des a. b. G. B. den Geistesgestörten zugesicherte Rechtsschutz wegen Mangel entsprechender Bestimmungen oder Vorkehrungen nicht zugewendet wird, kann man selbst die Staatsverwaltung und insbesondere die nach dem Gesetze zur Sicherstellung der Rechte der Geistesgestörten berufenen Curatelsbehörden und die zur Gesetzgebung berufenen Factoren von Unterlassungssünden nicht lossprechen.

Insolange der Bestand solcher Verhältnisse den in dieser Richtung zur Gesetzgebung berufenen Factoren nicht zur Kenntniss gelangt, erscheint es entschuldigbar, wenn solchen Uebelständen im Wege der Gesetzgebung nicht begegnet wird; nach Hinweis jedoch auf diesen Stand der Dinge tritt die Nothwendigkeit vor, das in dieser Richtung Erforderliche ehemöglichst auf dem Wege der Gesetzgebung zur Durchführung zu bringen.

Der ehrfurchtsvoll Gefertigte erlaubt sich im Nachstehenden den Entwurf eines Gesetzes zur Sicherstellung des Rechtsschutzes der Irren zur wohlgeneigten Würdigung Euer Excellenz zu unterbreiten.

Es ist dieser Entwurf das Ergebniss eines eingehenden Studiums der in Oesterreich bezüglich der Irren und des Irrenwesens bestehenden gesetzlichen Bestimmungen und Verordnungen und der practischen Durchführung derselben; das Ergebniss einer sorgsamen Berücksichtigung der Verhältnisse und socialen Stellung der innerhalb und ausserhalb der Irrenanstalten lebenden Geistesgestörten. Der Gefertigte hat es sich zur Aufgabe gestellt, schon seit einer Reihe von Jahren diesem Gegenstande seine Aufmerksamkeit zuzuwenden, er hat sich nicht blos mit dem theoretischen Studium der in anderen Staaten bestehenden Irrengesetze befasst, er hat sich gerade durch die Bereisung jener Länder, in denen bereits seit Jahren selbstständige Irrengesetze in Gesetzeskraft sind, von der Durchführung dieser Gesetze in der Praxis Kenntniss zu verschaffen gesucht und auf seinen mehrere Jahre hindurch unternommenen Reisen in Deutschland, in der Schweiz, in Italien, Frankreich, Belgien, Holland, Dänemark, Schweden, Nowegen, England und Schottland dem Stande der öffentlichen Irrenfürsorge und Irrengesetzgebung, und auch gerade diesem Zweige seine Aufmerksamkeit zugewendet.

Der vorliegende Entwurf stützt sich auf die bereits in Rechtskraft bestehenden Bestimmungen des a. b. G. B. und die in früherer Zeit erflossenen Hofkanzlei- und Justizhof-Decrete, umfasst aber in Festhaltung des Grundsatzes, dass auch in Bezug eines Irrengesetzes die Trennung der Justizgeschäfte von den Aufgaben der Administrationsbehörden festgehalten werden muss, bloss die nach der unmassgeblichen Ansicht des Gefertigten zur Sicherstellung des Rechtsschutzes der Irren zweckdienlichen Bestimmungen; insoweit es sich um die Regelung der Ueberwachung der Irren und des Irrenwesens vom Standpunkte der Administrativ-, der politischen und medicinalpolizeilichen Gesetzgebung handelt, hat er sich vorbehalten, weiterhin einen bezüglichen Entwurf in Vorlage zu bringen.

Entwurf eines Gesetzes

in Betreff der Sicherstellung des Rechtsschutzes angeblich oder wirklich geistesgestörter Personen.

I. Wenn der Fall eintritt, dass eine, sei es minder- oder grossjährige Person wegen Geistesstörung oder Geistesgebrechen in ihrer persönlichen Freiheit oder in der Ausübung ihrer bürgerlichen Rechte eingeschränkt werden soll, so sind die Verwandten derselben oder andere mit ihr in nahem Verhältnisse stehende Personen oder bei Abwesenheit und Mangel an Verwandten die Wohnungsgeber unter angemessener Ahndung verbunden, dem Gerichte, in dessen Sprengel die betreffende Person sich im Aufenthalte befindet, hiervon die Anzeige zu machen. Auch die politischen Obrigkeiten und die Vorsteher der Gemeinden müssen sorgen, dass das Gericht hiervon benachrichtigt werde.

II. Wird eine Person wegen Geistesstörung in eine öffentliche oder Privat-Irrenanstalt oder in einen anderen Verwahrungsort behufs ihrer Behandlung, ihrer Verpflegung oder ihrer Verwahrung übersetzt, so hat der Vorstand solcher Anstalten oder Inhaber eines solchen Verwahrungsortes die Verpflichtung, innerhalb 24 Stunden die Anzeige an die competente civilgerichtliche Behörde, in deren Sprengel dieser Heil- oder Aufbewahrungsort gelegen ist, unter Angabe des Nationales, des früheren Wohn- und Zuständigkeitsortes der überbrachten Person, der Personen oder Behörden, die deren Ueberbringung veranlassten, der Personen, die sie überbrachten, der Personen, welche der Anstalt gegenüber für die Leistung von Geldzahlungen haften und der Documente, auf deren Grundlage die Aufnahme erfolgte, zu erstatten.

III. Das Gericht muss, sobald es zur Kenntniss gelangt ist, von Amtswegen die zur Sicherstellung des Rechtsschutzes der betreffenden Person erforderlichen Amtshandlungen einleiten. Es hat die competente Civilgericchtsbehörde eine aus zwei beeideten Gerichtsärzten und einem Gerichtscommissär bestehende Commission abzuordnen, um die Erhebung des Geisteszustandes der wegen Geistesstörung angezeigten Person vorzunehmen. Es ist ein genauer Befund über den Geisteszustand der zu untersuchenden Person aufzunehmen und in einem motivirten Gutachten auszusprechen, ob die betreffende Person geistesgesund oder geisteskrank sei. Bei in Irrenanstalten oder anderen Verwahrungsorten untergebrachten Personen hat die Commission insbesondere noch zu erheben, ob ärztlicherseits Gründe

angegeben sind, welche die Aufnahme der betreffenden Personen in die Irrenanstalt oder den Verwahrungsort als nothwendig bezeichneten.

Bei jenen Personen, die mit Rücksicht auf ihren Krankheitszustand definitiv weder als geistesgesund, noch als geistesgestört erklärt werden, ist bis zu dem Zeitpunkte, in welchem die Abgabe eines definitiven Gutachtens möglich ist, ein provisorischer Curator zu bestellen.

Das Ergebniss der gerichtlichen Geistesuntersuchung ist den Vorständen der Verwahrungsorte und Anstalten, in denen die betreffenden Personen untergebracht sind, bekannt zu geben; bei Bestellung eines Curators insbesondere der Name und Wohnort desselben.

IV. Die Personen, bei denen sich Geistesgestörte im Aufenthalte befinden, fernerhin die Vorstände einer jeden öffentlichen oder Privat-Irrenanstalt oder eines anderen Verwahrungsortes geistesgestörter Personen sind verpflichtet, der competenten Civilgerichtsbehörde ihres Bezirkes innerhalb 3 Tage jede Wohnungsänderung einer geistesgestörten Person zur Anzeige zu bringen, unter Angabe der Personen, von welchen die betreffende geistesgestörte Person zur Verpflegung übernommen worden ist. Ebenso ist auch das erfolgte Ableben eines Pflegebefohlenen innerhalb 3 Tage der als Curatelsbehörde competenten Civilgerichtsbehörde anzuzeigen.

V. Die Vorsteher von öffentlichen und von Privat-Irrenanstalten, Idiotenanstalten und anderen Verwahrungsorten von Geistesgestörten sind verpflichtet, ein von der Civilgerichtsbehörde des Bezirkes paginirtes und paraphirtes Standesbuch über alle in die Anstalt aufgenommenen Kranken zu führen.

Dieses Standesbuch hat nachstehende Rubriken zu enthalten und zwar für:

1) die fortlaufende Zahl.
2) Den Datum, Jahreszahl, Tag, Stunde der erfolgten Aufnahme.
3) Vor- und Zuname der aufgenommenen Person.
4) Deren Alter, Stand, Religion und Charakter.
5) Geburtsort, Vaterland, Zuständigkeitsort, Wohnort.
6) Name und Wohnort der nächsten nach dem bürgerlichen Gesetzbuch zur Uebernahme der Curatel berufenen Personen, so wie derjenigen, die für die Zahlungsleistung haften.
7) Den Namen der Personen und Behörden, über deren Ansuchen die Aufnahme des Kranken erfolgte und den Namen der Personen, die den Kranken überbrachten.

   Den Namen des Arztes, von welchem das ärztliche Gutachten für die Aufnahme ausgestellt wurde.
8) Den Namen des bei der Aufnahme des Kranken fungirenden Journalarztes und Journalbeamten. Den Datum des Tages, an welchem die Aufnahme der Civilgerichtsbehörde angezeigt und von dieser der Empfang der Anzeige bestätigt wurde, und an welchem die Untersuchung des Angezeigten durch die Gerichtscommission stattfand.
9) Das der Anstaltsvorstehung mitgetheilte Ergebniss der vorgenommenen Untersuchung, den Namen des definitiv und provisorisch bestellten Curators.
10) Den Tag der Entlassung oder des Ablebens des Kranken.
11) Den Namen der Personen, denen der Kranke bei seiner Entlassung übergeben wurde; deren Charakter und Wohnort.
12) Eine freie Rubrik zur Namenseinzeichnung der Mitglieder der Gerichts-

commission, denen der Kranke bei der Untersuchung nach seiner Aufnahme in die Anstalt vorgestellt wurde.

13) Eine freie Rubrik für besondere Anmerkungen.

Der Name eines jeden Kranken ist sogleich bei der Aufnahme in das Standesbuch einzutragen und so weit als dies möglich ist, sind die vorgeschriebenen Rubriken auszufüllen.

Alljährlich bis längstens 14 Tage nach Schluss des Jahres haben die Vorsteher der öffentlichen und Privat-Irrenanstalten und sonstiger Verwahrungsorte Geistesgestörter der competenten Civilgerichtsbehörde einen genauen Ausweis über die am Schlusse des Jahres in Verpflegung gebliebenen geistesgestörten Personen, in welchen die Rubriken des Standesbuches so weit als möglich genau ausgefüllt sind, vorzulegen.

Die Vorstände der öffentlichen und Privat-Irrenanstalten und sonstiger Verwahrungsorte von Irren sind gehalten, in der Aufnahmslocalität der Anstalt einen von der Civilgerichtsbehörde legalisirten Detailplan ihrer Anstalt an einer leicht ersichtlichen Stelle der Aufnahmskanzlei aufzuhängen, in welchem alle jene Ubicationen bezeichnet sind, in denen Geistesgestörte unter Verschluss gehalten werden.

VI. Jeder Vormund oder Curator einer gerichtlich als geistesgestört erklärten Person ist nebst den ihm nach den Bestimmungen des a. b. G. B. zukommenden Obliegenheiten noch insbesondere verpflichtet, alljährlich der competenten civilgerichtlichen Personalinstanz einen Bericht über den Zustand seines Pflegebefohlenen zu erstatten und demselben den stempelfreien Befund eines zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigten Heilarztes über den körperlichen und Geisteszustand des Pflegebefohlenen vorzulegen.

VII. Die competente Civilgerichtsbehörde ist verpflichtet, jede in ihrem Sprengel in privater oder Anstaltspflege befindliche, gerichtlich als geistesgestört erklärte Person alljährlich mindestens einmal im Sinne des § 283 des a. b. G. B. bezüglich des Geisteszustandes dahin zu untersuchen, ob bei derselben die früher bestandene Geistesstörung wieder behoben und somit die Bedingungen vorhanden sind, die betreffende Person in den Vollgenuss der bürgerlichen Rechte zurückzuversetzen.

VIII. Jeder in privater oder Anstaltspflege befindlichen, von der Civilgerichtsbehörde als geistesgesund erklärten Person ist der bezügliche Bescheid einzuhändigen gegen Empfangsbestätigung, und die Empfangsbestätigung ist bei der Civilgerichtsbehörde zu hinterlegen. In öffentlichen oder Privat-Irrenanstalten oder sonstigen Verwahrungsorten für Irre befindliche; gerichtlich als geistesgesund erklärte Personen sind nach erfolgter Bekanntgabe der Gesundheitserklärung innerhalb der nächstfolgenden 14 Tage aus dem Krankenstande der betreffenden Anstalten zu entlassen und es ist bei etwa diesfalls bestehenden Hindernissen der Civilgerichtsbehörde unter Bekanntgabe derselben unverzüglich hiervon die Anzeige zu erstatten.

IX. Die Civilgerichtsbehörden sind verpflichtet über die in ihrem Sprengel in Pflege befindlichen, gerichtlich als geistesgestört erklärten Personen ein Curandenbuch zu führen mit den nach den Bestimmungon des a. b. G. B. für Waisenbücher normirten Rubriken (§ 207 und 208 des a. b. G. B.). Die Rubriken dieses Buches sind genau auszufüllen. Die Einsichtsnahme in diese Bücher ist ausser dem Amtspersonale des Gerichts Niemandem gestattet ausser den von dem Gerichtsvorstande hierzu ermächtigten Personen.

X. Die Personen, bei denen sich dem Gerichte als geistesgestört angezeigte

oder gerichtlich als geistesgestört erklärte Personen im Aufenthalte befinden, sowie deren Vormünder und Curatoren, endlich die Vorstände von öffentlichen und Privat-Irrenanstalten oder sonstiger Verwahrungsorte für Irre sind verpflichtet, der competenten Civilgerichtsbehörde oder deren Abgeordneten über deren Anfrage jederzeit genaue und gewissenhafte Auskunft zu ertheilen über die in Betreff des Pflegebefohlenen gemachten Wahrnehmungen, über die etwaigen Mängel oder Gebrechen in deren Verpflegung und sie haben insbesondere alle für die Beurtheilung des Geisteszustandes der Pflegebefohlenen massgebenden, vom Gerichte oder dessen Abgeordneten verlangten Auskünfte jederzeit anstandslos zu erstatten.

XI. Die competente Civilgerichtsbehörde ist verpflichtet, darüber zu wachen, dass die zum Rechtsschutze der geistesgestörten Personen bestehenden Gesetze genau und gewissenhaft zur Ausführung kommen und sie ist berechtigt, jederzeit durch ihre Organe den Zustand der in Irrenanstalten oder anderen Orten untergebrachten Geistesgestörten untersuchen zu lassen.

Die zum Rechtsschutz der Geistesgestörten bestehenden und künftighin noch erfliessenden, Gesetzeskraft erlangenden Bestimmungen sind unter der Rubrik „Irrengesetzgebung" in der Gesetzsammlung einzutragen.

Begründung und Erläuterung.

Ad I.

Die Aufnahme dieser Bestimmung ist einfach deshalb nothwendig, da nur auf solche Weise das Civilgericht rechtzeitig in die Kenntniss gelangt, dass bei einem Geistesgestörten der im Gesetze (§ 21 a. b. G. B.) den Geistesgestörten zugesicherte Rechtsschutz Platz zu greifen habe. Die Aufnahme einer solchen Bestimmung kann umsoweniger Anstand unterliegen, da mit Rücksicht auf die §§ 280 und 189 des a. b. G. B. diese Bestimmungen eigentlich schon jetzt als rechtskräftig bestehen, wie auch mit Rücksicht auf das Regierungscircular vom 14. Juli 1807 Z. 23606.

Ad II.

Die Nothwendigkeit der Aufnahme dieser Bestimmung ergiebt sich gleichfalls von selbst, da nur so rechtzeitig das zum Rechtsschutz solcher Personen Erforderliche durch die Civilgerichtsbehörde verfügt werden kann. Diese Massregel wurde übrigens schon in früherer Zeit durch Hofkanzleidecrete und allerhöchste Bestimmungen ausdrücklich angeordnet: so durch das Reg.-Decret vom 28. August 1807 Z. 23601; Hofverordnung vom 28. Februar 1814 Z. 8276; Hofkanzleidecret vom 21. Juli 1825 K. G. B. 53. Band; Allerhöchste Entschliessung vom 22. October 1827. Es erscheint aber im Interesse des Rechtsschutzes der betreffenden Personen absolut nöthig zu bestimmen, dass diese Anzeigen direct bei der Civilgerichtsbehörde erstattet werden, da im gegentheiligen Falle eine ganz ungerechtfertigte Verzögerung Platz greift und da die bezüglich des Rechtsschutzes geistesgestörter Per-

sonen durchzuführenden Amtshandlungen der Competenz des Civilgerichts, nicht aber der Administrativ- und Polizeibehörde zustehen. Finden es die den öffentlichen und Privat-Irrenanstalten vorgesetzten politischen und Administrativbehörden nothwendig, dass auch ihnen in Rücksicht der sanitätspolizeilichen Ueberwachung dieser Anstalten Ausweise über die Aufnahme der Kranken zugemittelt werden, so steht dem nichts entgegen; allein im Rechtsstaate darf es nicht erst dem Ermessen der Administrativ- oder Polizeibehörde überlassen bleiben, zu entscheiden, ob und wann sie der Civilgerichtsbehörde die Internirung eines Geisteskranken in eine Irrenanstalt zur Anzeige bringt. Es ist geradezu gesetzwidrig, wenn so Etwas vorkommt. Dass es nothwendig sei, in den Aufnahmsanzeigen die angeführten Rubriken aufzunehmen und dieselben, insoweit die bezughabenden Daten bei der Aufnahme des Kranken bekannt sind, auszufüllen, bedarf gleichfalls keiner Begründung. Die Angabe der Documente, auf deren Grundlage eine Person in eine Irrenanstalt aufgenommen worden ist, die Angabe der Personen und Behörden, die die Aufnahme veranlassten, die Angabe der Personen, die den Kranken überbrachten, — die Angabe aller dieser Daten ist unbedingt erforderlich, um von vornherein eine ungerechtfertigte Uebersetzung einer Person in eine Irrenanstalt hintanzustellen. Es wurden analoge Bestimmungen nicht blos an die Besitzer von Privat-Irrenanstalten bereits erlassen, so die Reg.-Verordnung vom 9. Mai 1823 Z. 2006; das Hofkanzleidecret vom 31. Januar 1827 Z. 1699; die Reg.-Verordnung vom 12. Februar 1827 Z. 8143; das Hofkanzleidecret vom 18. October 1827 Z. 27255; die Reg.-Verordnung vom 22. November 1827 H. 60643 — sondern auch für die öffentlichen Irrenanstalten, so das Hofkanzleidecret vom 21. Juli 1825 Z. 20868; Reg.-Verordnung vom 22. August 1825; wie auch für die Besitzer von Privatkostorten für Irre: Reg.-Verordnung vom 27. Januar 1837 Z. 72837, wie auch an das Spital der barmherzigen Brüder: Reg.-Verordnung vom 12. Februar 1835 Z. 8260. Die Bekanntgabe der Personen, welche den Anstalten gegenüber für die Zahlungsleistung der Verpflegungskosten haften unterliegt in den Fällen, in denen dies bekannt ist, namentlich auch von Seiten der Vorstehungen der Privat-Irrenanstalten keiner Schwierigkeit, da ja bei Aufnahme zahlungsfähiger Pfleglinge von Seiten der Direction der öffentlichen Anstalten Zahlungsreverse abverlangt werden und bei Aufnahme von Kranken in Privat-Irrenanstalten ein Uebereinkommen bezüglich der Zahlungsleistung der Verpflegungsgebühren abgeschlossen wird. Die Bekanntgabe der betreffenden Personen ist aber vor Allem deshalb wünschenswerth, da

hierdurch der Gerichtsbehörde erst weitläufige Erhebungen erspart werden und so eine im Interesse der Partheien wie des Staates sehr wünschenswerthe Geschäftsvereinfachung Platz greift.

Ad III.

Gegen die Aufnahme der in diesem Absatze enthaltenen Bestimmungen in das Irrengesetz lassen sich gleichfalls keine berechtigten Einwendungen erheben, da dieselben zum Theile schon durch bestehende gesetzliche Bestimmungen angeordnet sind, so durch die §§ 190, 273, 280 des a. b. G. B., durch das Justizhofdecret vom 28. August 1837.

Die Durchführung einer Controle durch die Civilgerichtsbehörde darüber, ob die Aufnahme einer Person in eine Irrenanstalt gerechtfertigt war oder nicht, ist in einem Rechtsstaate eine selbstverständliche Massregel, erscheint aber umsomehr nothwendig, wenn man die Verhältnisse kennt und weiss, wie oberflächlich mitunter bei der Ueberweisung von Personen in die Irrenanstalten vorgegangen wird, wenn man berücksichtigt, dass in manchen Kronländern die Ueberweisung einer Person in eine Irrenanstalt häufig über den Befund von Aerzten erfolgt, die in ihrem Leben nie einen Geisteskranken beobachteten, sich mitunter nicht einmal theoretische Kenntnisse in der Psychiatrie angeeignet haben und dass die Aufnahme von Personen in Irrenanstalten erfolgt, ohne dass ein anderer ärztlicher Befund vorliegt als ein solcher, der wörtlich dahin lautet: „N. N. ist zur Aufnahme in die Irrenanstalt geeignet" ohne näherer Angaben, welche Erscheinungen und Thatsachen vorliegen, um eine solche für die ganze zukünftige Existenz eines Menschen gewiss nicht gleichgiltige Verfügung zu veranlassen. Es kommt weiterhin nicht selten vor, dass Kranke auf Grund ärztlicher Gutachten aufgenommen werden, die bereits Wochen ja selbst Monate früher ausgestellt sind; der Gefertigte könnte selbst auf einen Fall hinweisen, wo der Befund eines Gensd'armen als genügend befunden wurde, um eine Person als geistesgestört zur Aufnahme in eine Irrenanstalt zu überweisen. Solche Vorkommnisse gefährden die Rechtssicherheit der Staatsbürger, wenn wenigstens nicht eine nachträgliche Controle über ein ordnungsmässiges Vorgehen bei der Aufnahme geübt wird. Wenn die Civilgerichtsbehörde darüber entsprechende Controle führt, auf Grundlage welcher Vorlagen und Verfügungen Jemand wegen angeblicher Geistesstörung in eine Irrenanstalt internirt und in seiner persönlichen Freiheit eingeschränkt wird, so wird man nicht ohne weitere Begründung die Beschränkung eines Staatsbürgers decretiren, sondern man wird in ausführlicher Weise diese Verfügung durch ein eingehendes ärztliches Gutachten zu begründen haben. Es wird dann nicht

mehr so leicht vorkommen, dass Personen, die vorübergehend in Folge acuter Krankheitsprocesse deliriren, als Geisteskranke in die Irrenanstalten transferirt werden, um dort wochenlang in Observation zu verbleiben. Dermalen wird darüber, ob bei der Aufnahme von Kranken in Irrenanstalten den gesetzlichen Vorschriften gemäss vorgegangen wird, von Seiten der Civilgerichtsbehörde gar keine Controle geübt. Ein Einblick in die in Oesterreich bestehenden, auf die Irren und das Irrenwesen bezughabenden Gesetze und Verordnungen zeigt, dass die wenigen Bestimmungen, die zum Rechtsschutz der Irren bestanden oder bestehen, grösstentheils aus den Zeiten des Kaiser Josef II. und S. Majestät des Kaisers Franz I. datiren, welch' beide Regenten in edelster Hochherzigkeit gerade diesem Zweige der Gesetzgebung ihre besondere Aufmerksamkeit zugewendet haben. Diese Bestimmungen, obwohl von den edelsten Intentionen ausgehend, sind aber bei unseren heutigen staatlichen Verhältnissen nicht mehr alle ganz entsprechend. Das Hofkanzleidecret vom 10. März 1815 Z. 4226 R. Z. 10360 ordnet an, dass der Sanitäts-Referent und Protomedicus vermöge seiner Instruction verbunden sei, in jedem Monate das allgemeine Krankenhaus mit allen seinen Abtheilungen mit Einschluss der Irrenanstalt unvermuthet und genau zu untersuchen, um sich die Ueberzeugung zu verschaffen, ob daselbst in Gemässheit der bestehenden Vorschriften, vorzüglich der Hofverordnung vom 28. Februar 1814 R. Z. 8276 zu Werke gegangen werde. Das Hofkanzleidecret vom 31. Januar 1827 Z. 1699, Reg.-Verordnung vom 12. Februar 1827 Z. 8143 bestimmt, dass die beiden Stadtärzte bei den ihnen obliegenden periodischen Untersuchungen der Privat-Irrenanstalten ihr besonderes Augenmerk darauf zu richten haben, ob nicht etwa ein vom Wahnsinn bereits geheiltes Individuum noch länger in derselben angehalten werde; eine analoge Bestimmung enthält das Hofkanzleidecret vom 18. October 1827, Reg.-Verordnung vom 22. November 1827 Z. 60643, sowie die Reg.-Verordnung vom 27. Januar 1829 Z. 72827.

Eine unbefangene Beurtheilung der Verhältnisse ergiebt nun aber, dass durch den Protomedicus und die Stadtphysiker ohne Intervention der Civilgerichtsbehörde eine erfolgreiche Ueberwachung der Sicherstellung des Rechtsschutzes nicht gepflogen werden kann. — Zunächst ist wohl zu berücksichtigen, dass es sich hier um die Zuwendung eines Rechtsschutzes handelt; daher die darauf bezughabende Amtshandlung nur durch Organe des Civilgerichtes, nicht aber durch Organe der Administrativbehörde, die bloss an diese berichten, vorzunehmen sind. Die Protomedici, die Stadtphysiker und Bezirksärzte haben diese An-

stalten in sanitätspolizeilicher und hygienischer Hinsicht zu überwachen, darauf zu sehen, ob diese Aufenthaltsorte für Geistesgestörte den Anforderungen der Salubrität und Sicherheit entsprechend eingerichtet sind, ob die Behandlung, Verpflegung, Nahrung, ärztliche Behandlung, Beschäftigung u. s. w. den Anforderungen der Wissenschaft und Humanität entsprechend sei, wie dies die Reg.-Verordnung vom 27. Januar 1827 Z. 72837 auch klar ausspricht. Bei der nun auch bei uns zur Durchführung kommenden Trennung der Justiz von der Verwaltung ist nun aber die Controle darüber, dass Geistesgestörte in ihrer persönlichen Freiheit und in der Ausübung ihrer bürgerlichen Rechte nicht beeinträchtigt werden, Sache der Justizbehörde und nicht der politischen Administrativ- oder Polizeibehörde. Da gerade durch Verfügung der politischen und Polizeibehörde viele Personen in den Irren-Anstalten internirt werden, so kann die Controle, ob hierbei die Rechtsverhältnisse der betreffenden Personen nicht beeinträchtigt werden, nicht durch diese Behörde oder deren Organe, sondern nur durch die Civilgerichtsbehörde vorgenommen werden. Der bei der politischen Behörde angestellte Arzt ist übrigens ohne Kenntnissnahme der durch die Civilgerichtsbehörde gepflogenen Erhebungen gar nicht in der Lage, die zur Sicherstellung der Rechtsverhältnisse der Geistesgestörten erforderlichen Verfügungen zu treffen. Uebrigens lehrt die Erfahrung, dass das Abhängigkeitsverhältniss der der politischen Behörde unterstehenden Aerzte von ihrer vorgesetzten Behörde denselben mitunter schwer ermöglicht, eiue wirksame Controle darüber zu führen, wenn die Polizei- oder politische Behörde ihre Gründe hat, die Aufnahme von geistesgestörten Personen in Irrenanstalten der competenten civilgerichtlichen Personal-Instanz gar nicht oder nicht rechtzeitig zur Kenntniss zu bringen.

Die durch die Organe der Civilgerichtsbehörde geübte Controle der Ueberwachung der Aufnahme von Personen in Irrenanstalten und rechtzeitigen Entlassung derselben aus denselben ist übrigens ein selbstverständliches Postulat des Gesetzes zum Schutze der persönlichen Freiheit und man muss es als eine Lücke dieses Gesetzes bezeichnen, dass in demselben auf die Sicherstellung der persönlichen Freiheit in dieser Richtung gar nicht Bedacht genommen wurde.

Die Bestimmung, dass den Irrenanstalts-Directionen das Ergebniss der gerichtlichen Untersuchung der daselbst befindlichen Geistesgestörten mitgetheilt werden müsse, ist schon durch die Regierungs-Verordnung vom 16. September 1837 Z. 52453 angeordnet.

Eine dringend nothwendige Massregel ist es, dass den der Civil-

gerichtsbehörde als geistesgestört zur Anzeige gebrachten Personen von dem Momente an, als selbe von der Civilgerichtsbehörde untersucht, von der betreffenden Commission jedoch aus verschiedenen Gründen ein definitives, auf Geistesgesundheit oder Geistesstörung lautendes Gutachten nicht abgegeben werden kann, bis zu dem Zeitpunkte der definitiven Gesundheits- oder Krankheitserklärung ein provisorischer Curator gestellt werden müsse, da sonst mitunter Wochen oder Monate vergehen, bis dass definitiv die Curatel verhängt oder die Gesundheitserklärung ausgesprochen werden kann, aber gerade in der ersten Zeit, wenn eine Person aus ihren gewohnten Berufs- und Lebensverhältnissen herausgerissen wird, zur Ordnung mancher Geschäfte die Beigabe eines verlässlichen, gesetzlich verantwortlichen Verwalters dringend nothwendig ist. Nur dürfte die Bestellung des provisorischen Curators nicht in den amtlichen Blättern publicirt werden, da hierdurch vielfache nachtheilige Rückwirkungen auf die künftige Lebensstellung des Kranken resultiren und ein solches Vorgehen bei anzuhoffender baldiger Wiedergenesung ebensowenig gerechtfertigt wäre, als die definitive Verhängung der Curatel. Die Bestellung eines provisorischen Curators hätte in solchen Fällen eine analoge Berechtigung, wie die Bestellung eines Curators für Abwesende (§ 276 a. b. G. B.) oder eines Curators ad actum.

Ad IV.

Auch diese Bestimmung ergiebt sich als selbstverständlich. Wenn überhaupt eine Ueberwachung Geistesgestörter Platz greifen soll, so muss doch die diesfalls zur Ueberwachung berufene Behörde wissen, wo sich der Pflegebefohlene in Aufenthalt befindet und ob er überhaupt noch am Leben sei. Zur Herbeiführung der Geschäftsvereinfachung ist es wünschenswerth, dass auch die hierauf bezughabenden Anzeigen direct an die Civilgerichtsbehörde erstattet werden, nicht erst im Wege der politischen Administrativ- und Polizeibehörde.

Ad V.

Die Anlage eines unter der Controle des Civilgerichtes geführten, nach Art der öffentlichen Geschäftsbücher eingerichteten Standesbuches über die in einer Irrenanstalt erfolgte Aufnahme geisteskranker Personen ist eine im Rechtsstaat absolut nothwendige Massregel, wenn darüber gewacht werden soll, dass mit der Uebersetzung einer Person in eine Irrenanstal kein Missbrauch geschehe. Die Civilgerichtsbehörde muss in der Lage sein, in jedem Momente auf Grund eines unter ihrer Controle stehenden Standesbuches zu entnehmen, welche Personen durch die Uebersetzung in eine Irrenanstalt in ihrer persön-

lichen Freiheit und in der Ausübung ihrer persönlichen Rechte beschränkt worden sind. — Die Führung eines solchen Standes- und Aufnahmeprotokolles, legalisirt von der competenten Civilgerichtsbehörde, liegt ebenso im Interesse der Staatsbürger, wie im Interesse des Rufes der Irrenanstalten selbst. Ist ein solches Protokoll vorhanden, genau paginirt, so eingerichtet, dass aus demselben kein Blatt entnommen noch ein solches zugefügt werden kann, ohne dass dies auffallen muss, wird dieses Standesprotokoll in allen Rubriken genau ausgefüllt, sodann wird es nicht vorkommen, dass man behaupten kann, es seien Personen in den Irrenanstasten, von denen die Civilgerichtsbehörde gar nicht weiss, dass man sie daselbst internirt halte. Eine solche auf die Führung eines genauen Standesbuches abzielende Bestimmung ist in den Irrengesetzen aller Staaten enthalten, in denen ein Rechtsschutz der Irren angestrebt wird. So bestimmt das französische Irrengesetz vom 30. Juni 1858 Titre II. Art. 12: Il y aura dans chaque établissement un registre coté et paraphé par le maire sur lequel seront immediatement inscrits les noms, profession, âge et domicile des personnes placées dans les établissements, la mention du jugement d'interdiction, si elle a été prononcé, et le nom de leur tuteur; la date de leur placement; les noms des professions et la demeure de parent, parente ou non parente, qui l'aura demandé . . . . . ce registre sera soumis aux personnes, qui d'après article 4 auront le droit de visiter l'établissement, lorsqu'elles se présenteront pour en faire la visite; après l'avoir terminée, elles apposeront sur le registre leur visa, leur signature et leurs observations s'il y a lieu.

Das Genfer Irrengesetz vom 5. Februar 1858 (Loi sur le placement et la surveillance des aliénés) bestimmt im Artikel 12 gleichfalls die Haltung eines solchen Standesbuches.

Dans tout établissement destiné au traitement ou à la garde des aliénés il sera tenu un registre spécial coté et paraphé à chaque feuillet par le lieutenant de police. Le registre indiquera le nom, pronoms, âge, lieu de naissance etc. S'il a eté nommé un administrateur provisoir des biens de l'aliéné ou un tuteur de l'interdit, le registre contiendra l'interdiction. Le registre sera présenté aux personnes chargées de la surveillance des etablissements d'aliénés sur la premiére requisition.

Eine gleiche Bestimmung enthält das niederländische Irrengesetz (Königlicher Beschluss vom 5. October 1841 zur Regelung der Ausführung des Irrengesetzes vom 29. Mai 1841) Art. 11: Die Register, welche nach dem genannten Gesetze zur Einschreibung der in die

Anstalten aufgenommenen Personen dienen, ebenso wie die darauf bezüglichen Schriftstücke sollen nach dem diesem Gesetze angefügten Formulare angelegt sein; sie müssen von dem Bürgermeister und durch ein Mitglied der Verwaltungsbehörde des Amtes, in welchem die Anstalt liegt, paraphirt sein. Die den Registern angehefteten Schriftstücke sollen für jede Person zusammengelegt und mit der Nummer versehen werden unter welcher die Eintragung derselben erfolgte. Diejenigen, welche Kraft des genannten Gesetzes die Anstalten besuchen werden, sollen unter dieses Register jedesmal unter die letzte Eintragung ihr Visa und ihre Unterschrift mit Angabe des Datums der Visitation setzen. Eine analoge Bestimmung enthält der Artikel 50, 65 und 66 des englischen Irrengesetzes vom 4. August 1845, das Irrengesetz für Norwegen vom 17. August 1848 §. 5, §. 11 und die Instruction für die für die norwegischen Irrenanstalten vom König bestellte Controllcommission §. 2; weiterhin das belgische Irrengesetz vom 18. Juni 1850, welches im Artikel 22 bestimmt:

„Dans chaque établissement public ou particulier il sera tenu un registre côté ct paraphé à chaque feuillet par le procureur du roi de l'arondissement etc. Le registre ne pourra être communiqué à aucune personne étrangère à l'établissement ou non préposé à sa surveillance sans une autorisation spéciale du ministre de la justice.“

Aus diesen angeführten Bestimmungen ist zu entnehmen, welcher Werth in Verfassungsstaaten auf die Führung eines solchen Protocolles gelegt wird. — Eine Begründung des Antrages, dass die angedeuteten Rubriken im Protokoll enthalten und ausgefüllt werden sollen, erscheint wohl überflüssig.

Die Bestimmung, dass in jeder Irrenanstalt ein amtlich legalisirter Plan der Anstalt, mit Ersichtlichmachung jener Räume, in denen Geistesgestörte unter Verschluss gehalten werden, an einer leicht ersichtlichen Stelle aufzuhängen sei, ist ebenso in Rücksicht der sanitätspolizeilichen Ueberwachung der Anstalten, wie in Rücksicht der sonstigen Ueberwachung der Geistesgestörten nothwendig, da es im Interesse des Rechtsschutzes erforderlich ist, dass die von der Gerichtsbehörde autorisirten Personen jederzeit in der Lage sind, die Räumlichkeiten zu kennen, in denen die unter dem Schutze des Civilgesetzes gestellten Pflegebefohlenen internirt gehalten werden, eine Bestimmung, die auch im englischen Irrengesetze enthalten ist, in dem der Art. 66 vorschreibt: „An irgend einem leicht sichtbaren Theile eines jeden concessionirten Hauses soll eine Copie des Planes aufgehängt sein, welcher dem Richter oder den Commissaren beim Concessionsgesuche eingereicht ist.“ Die

Bestimmung, dass am Schlusse eines jeden Jahres ein Standesausweis der in einer Irrenanstalt, einem Verwahrungsorte befindlichen Geistesgestörten vorgelegt werde, ist eine im Interesse der Ueberwachung dieser Personen nothwendige Massregel. Für die Inhaber der Privat-Irrenanstalten und Privatkostorte für Irre wurde übrigens die Vorlage solcher Standesausweise an die Regierung in früherer Zeit angeordnet durch die Regierungsverordnung vom 27. Januar 1839 Z. 72837, eine Gepflogenheit, die aber allmählig wieder ausser Uebung kam. Die Vorlage solcher Uebersichtstabellen hat aber gerade für die Civilgerichtsbehörde einen praktischen Werth, um die bezüglich des Rechtsschutzes der Irren vorgenommenen Amtshandlungen erfolgreich controlliren zu können. Für die Administrativbehörde haben diese Ausweise nur eine untergeordnete Bedeutung.

Ad VI.

Die Beantragung dieser Bestimmung bedarf wohl gleichfalls keiner weiteren Begründung; es ist dies eine unter allen Umständen selbstverständliche Verpflichtung selbst bei der laxesten Ausführung des Gesetzes, um die Controlle darüber zu üben, ob denn der Curator seine Pflichten erfüllt, namentlich auch in der Richtung, dass bei Kranken, bei denen noch eine Heilung und Besserung möglich erscheint, nicht durch eine gänzliche Vernachlässigung jeder Pflege und ärztlichen Behandlung ein Zustand gänzlicher Verkommenheit und dauernder Unheilbarkeit herbeigeführt werde. Die Aufnahme einer solchen Bestimmung findet übrigens schon ihre genügende Begründung nach dem Wortlaute des §. 188 des a. b. G. B.

Ad VII.

Die Aufnahme dieser Bestimmung ist selbstverständlich, wenn der §. 283 des a. b. G. B. den Zweck erfüllen soll, die Rechte der von ihrer Geistesstörung genesenen Personen sicher zu stellen, und die gerichtlich als geistesgestört erklärten Personen nicht den empfindlichsten Rechtsverletzungen durch ungebührliche Verlängerung der über sie verhängten Curatel ausgesetzt werden sollen.

Ad VIII.

Die Beantragung dieser Bestimmung bedarf gleichfalls keiner Begründung. Die Festsetzung des längsten Entlassungstermins auf 14 Tage nach erfolgter Bekanntgabe der gerichtlichen Gesundheitserklärung ist deshalb nothwendig, da vor der stattfindenden Entlassung der genesenen Kranken häufig erst die Familienangehörigen verständigt werden müssen, da denn selbst manche genesene Geistesgestörte nicht ohne Begleitung in ihre Heimat zurückgeschickt werden können, dagegen

erscheint es nothwendig, dass bei Verzögerung der Entlassung als gesund erklärter Irren die Civilgerichtsbehörde hiervon verständigt werde.

Ad IX.

Die Führung eines Curandenbuches kann umsoweniger beanstandet werden, da dies nothwendig ist, um die im Gerichtsbezirke befindlichen Pflegebefohlenen in Evidenz zu halten. Uebrigens ist die Führung eines solchen Buches schon nach den §§. 207 und 208 des a. b. G. B. gesetzlich vorgeschrieben. Dieses Buch soll nur der leichteren Uebersicht halber getrennt von dem sogenannten Waisenbuch geführt werden.

Ad X.

Die Aufnahme dieser Bestimmung erscheint deshalb gerechtfertigt, als von mancher Seite die Vornahme der gerichtlichen Untersuchung der in privater Anstaltspflege befindlichen Pflegebefohlenen als ein im Gesetze nicht begründeter Vorgang angesehen wird, und namentlich den vom Gericht bestellten Organen unter dem Vorwande, es dürfe das Familiengeheimniss nicht verletzt werden — mitunter wichtige, für die Beurtheilung des Geisteszustandes des zu Untersuchenden nothwendige Daten vorenthalten werden. Da die zur Vornahme der gerichtlichen Untersuchung des Geisteszustandes von Personen bestellten Organe durch ihren Amtseid auch zur Wahrung des Familiengeheimnisses verpflichtet sind, so hat die vorerwähnte Einwendung keinerlei Berechtigung. Uebrigens stehen auch die Fälle nicht vereinzelt da, dass man den Commissionsmitgliedern von mancher Seite die zur Constatirung des Geisteszustandes nothwendigen Mittheilungen gleichsam nur im Gnadenwege ertheilt, nicht aber als solche, zu deren Deponirung man nach den Bestimmungen des Gesetzes verpflichtet ist, ein Vorkommniss, welches im Rechtsstaate wohl nicht zulässig erscheint, da ja durch das Verschweigen gewichtiger Thatumstände für die zu untersuchenden Personen und andere dritte Personen empfindlicher Nachtheil erwachsen kann.

Ad XI.

Der Aufnahme dieser Bestimmung steht wohl kein begründetes Bedenken entgegen.

Ad XII.

Durch die Ausführung dieser Bestimmung wird es Jedermann ohne Schwierigkeit möglich, die in Bezug auf die Irrengesetzgebung bezughabenden Bestimmungen ohne Zeitverlust aufzufinden, einzusehen, und den Stand der Gesetzgebung jederzeit zu controlliren.

Der achtungsvoll Gefertigte muss es dem Ermessen von Euer Excellenz überlassen, welcher Weg einzuschlagen ist, um ehemöglichst

die Geistesgestörten in ihren Rechtsverhältnissen in einer den Anforderungen des Rechtsstaates entsprechenden Weise sicher zu stellen. Der ehrfurchtsvoll Gefertigte hält es im Interesse der Sache für angemessen, den Gegenstand vorerst Euer Excellenz zu unterbreiten, da es vielleicht in den Intentionen und im Interesse der hohen Regierung gelegen sein könnte, nach Hinweis auf den Stand der Dinge auf diesem Gebiete der Gesetzgebung die Initiative zu ergreifen und nicht abzuwarten, dass erst von andrer Seite ein Anstoss gegeben werde, dass in dieser Richtung eine Regierungsvorlage eingebracht werde.

Im Interesse der öffentlichen Irrenfürsorge ist es gelegen, dass die zu erlassenden Bestimmungen für alle cisleithanischen Kronländer Geltung erlangen, denn es lässt sich nicht rechtfertigen, dass in dieser Hinsicht in den verschiedenen Kronländern in ganz abweichender Weise vorgegangen wird.

Ohne den vorangeführten Entwurf als einen solchen hinzustellen, der keiner Verbesserung und Vervollkommnung fähig wäre, glaubt aber der Gefertigte aussprechen zu können, dass die darin aufgenommenen Bestimmungen vom irrenärztlichen und gerichtsärztlichen Standpunkte einen vollkommen ausreichenden Rechtsschutz gewähren, einerseits für die Fälle, in denen ein Staatsbürger an Geistesstörung erkrankt und zwar für die ganze Dauer des Bestehens der Störung, vom Momente seiner Einschränkung bis zu seiner Wiedergenesung oder seinem Tode, andrerseits eine Schutzwehr besteht, dass Niemand ohne Vorwissen der Civilgerichtsbehörde unter dem Vorwand, dass er an Geistesstörung erkrankt sei, in seiner persönlichen Freiheit und in der Ausübung seiner bürgerlichen Rechte beschränkt werde; ebenso ist eine Garantie geboten, dass unter Curatel gestellte Geistesgestörte wieder rechtzeitig in den Vollgenuss ihrer bürgerlichen Rechte versetzt werden, wenn ihre Störung gehoben ist.

Was die Frage betrifft, ob die Durchführung des auf die Sicherstellung des Rechtsschutzes der Geistesgestörten bezughabenden Gesetzes für den Staatsschatz mit besonderen Ausgaben verknüpft sei, so lässt sich dieselbe dahin beantworten, dass durch die Durchführung desselben für den Staatsschatz gar keine anderen Auslagen erwachsen, als jene, zu denen die Staatsverwaltung schon nach den jetzt zu Recht bestehenden Gesetzen verpflichtet erscheint. Da es sich um die Sicherstellung der Rechte von Personen handelt, die vermöge ihrer aufhebenden Geistesstörung nicht in der Lage sind, ihre persönlichen und Rechtsverhältnisse klar, richtig und unbefangen zu beurtheilen, zu ordnen, handzuhaben und zu wahren, ist es vor Allem Pflicht der zur

Gesetzgebung Berufenen, dafür zu sorgen, dass geisteskranke Staatsbürger nach jeder Richtung hin, nicht blos dem Namen nach, sondern in Wirklichkeit unter den Schutz des Gesetzes gestellt sind, dass kein Staatsbürger unter dem Vorwand, dass er an Geistesstörung erkrankt sei, in seiner persönlichen Freiheit beschränkt und in der Ausübung seiner bürgerlichen Rechte behindert werde, und dass wirklich Geistesgestörten ihre persönliche Freiheit und das freie Dispositionsrecht nicht länger und nicht in einem höheren Grade entzogen werde, als dies der Charakter, die Natur und die Dauer ihres Krankheitszustandes nothwendig machen. In einem Staate, der in dem bürgerlichen Gesetzbuche den an Geistesgebrechen Leidenden ausdrücklich einen besonderen Rechtsschutz zusichert, ist es nicht blos eine Verpflichtung, sondern einfach Ehrensache, diese Zusage einzuhalten und gewissenhafte Controlle zu üben, dass Geisteskranke während der Dauer ihrer Geistesstörung in ihren sachlichen Rechten nicht beeinträchtigt werden.

Man werfe nicht ein, dass in Oesterreich nicht das Bedürfniss bestehe, ein solches Gesetz zu erlassen, — der ehrfurchtsvollst Gefertigte hält sich für verpflichtet, auf Grund seiner irrenärztlichen und gerichtsärztlichen Erfahrung auszusprechen, dass der Erlass eines solchen Gesetzes nothwendig ist und er will nur nicht Euer Excellenz durch die Aufzählung von Thatsachen behelligen, die ein interessantes Streiflicht darauf werfen, wie es in Oesterreich in mancher Hinsicht mit der Sicherstellung der Rechte der Geistesgestörten bestellt ist. Vorläufig hat sich bei uns in Oesterreich die Stimme der Oeffentlichkeit noch nicht der Besprechung der ererbten Uebelstände auf diesem Gebiete zugewendet. —

Wenn unverhältnissmässig nur selten Klagen über Missstände in dieser Richtung in die Oeffentlichkeit und den competenten Behörden zur Kenntniss gelangen, so liegt der Hauptgrund hiervon nur darin, dass diejenigen, die vor Allem in Folge dieser Uebelstände zu leiden haben, vermöge ihrer individuellen Geistesbeschaffenheit so selten in der Lage sind, ihr gutes Recht selbst zu vertheidigen, ihr Recht zu suchen, Beschwerde zu führen. Der Geistesgesunde ist in der Lage selbstständig aufzutreten, dort, wo er sich in seinem Rechte verkürzt und beeinträchtigt findet — der Geistesgestörte ist vermöge der Natur seiner Störung vielfach gar nicht in der Lage selbst bei der ärgsten Beeinträchtigung die geeigneten Schritte einzuleiten, sich gegen solche Rechtsbeeinträchtigungen zu sichern; in gar manchen Fällen wird dem Geisteskranken, selbst wenn er die Wahrheit spricht eben wegen seiner

Geistesstörung selbst die Wahrheit nicht geglaubt. Es wäre somit ein Fehlschluss zu glauben, es bestehe nicht das Bedürfniss nach Regelung dieser Verhältnisse deshalb, weil bei der Justizbehörde diesfalls keine und nur ausnahmsweise Beschwerden einlaufen. Den in den Gefängnissen internirten Sträflingen hat man durch die Bestellung eines General-Inspectors der Gefängnisse in hochherziger und gerechter Weise Gelegenheit gegeben, dass denselben für die Dauer ihrer Inhaftirung ein Rechtsschutz gegen Ausschreitungen der Willkür seitens derjenigen gegeben sei, denen die Gefangenen überantwortet sind. Die Geistesgestörten, die notorisch in manchen Fällen in viel empfindlicherer Weise von ihrer eigennützigen Umgebung ausgebeutet werden, geniessen in Oesterreich nicht den Schutz eines wachsamen Fürsorgers in der Person eines General-Inspektors des Irrenwesens, der darüber wacht, dass diese Personen während des Bestandes ihrer Geistesstörung in keiner Richtung beeinträchtigt werden.

Die Wichtigkeit und Bedeutung des Erlasses der den Rechtsschutz der Irren normirenden Bestimmungen geht wohl zur Genüge daraus hervor, dass in allen Verfassungsstaaten die gesetzgebenden Versammlungen das Inslebentreten eines Irrengesetzes als eine der wichtigsten Aufgaben ihrer gesetzgebenden Thätigkeit anerkannten. Die eingehenden diesbezüglichen Verhandlungen in den französischen Kammern unter dem Juli-Königthum, die Verhandlungen der niederländischen Generalstaaten, der belgischen Kammern, des norwegischen Northing und schwedischen Reichstages, die heftigen Verhandlungen des englischen Parlaments über die Bestimmungen des englischen Irrengesetzes zeigen, wie sehr in diesen Ländern die gesetzgebenden Körperschaften darauf Bedacht nahmen und Werth legten, die Rechte des Geistesgestörten sicher zu stellen.

Vermöge seines Berufes fühlt sich der Gefertigte für berechtigt und verpflichtet, die Aufmerksamkeit von Euer Excellenz auf die dringende Nothwendigkeit der Durchführung zeitgemässer Reformen in diesem Zweige der Justizgesetzgebung zu lenken. In dem Bewusstsein, dass es sich um die Sicherstellung der Rechte von Personen handelt, die nicht in der Lage sind, sich selbst Recht zu suchen, ist es namentlich für den Irrenarzt, der diese Verhältnisse kennt, Pflicht, dieselben offen und rückhaltslos darzulegen und dahin zu streben, dass Oesterreich auch in diesem Zweige der Gesetzgebung den Anforderungen und Bedürfnissen der Zeit gerecht werde. Die Sanction eines zeitgemässen Irrengesetzes wird aber dann auch indirekt einen mächtigen Anstoss geben zur Verbesserung des Looses der Irren.

Insoweit es sich um jene Bestimmungen des Irrengesetzes handelt, die die Regelung und Ueberwachung des Irrenwesens vom Standpunkte der politisch-administrativen und medicinalpolizeilichen Gesetzgebung zum Gegenstande haben, hat es sich der Gefertigte vorbehalten, seinerzeit der competenten Behörde die betreffende Vorlage zu überreichen.

XXXIII.

Die Resultate der Berliner Irrenzählung vom Jahre 1867.

Von
Dr. Cremer.

Den Bemühungen der von der Berliner medicinisch-psychologischen Gesellschaft eingesetzten Commission war es gelungen, die betreffenden Behörden zu bestimmen, in die Zählungslisten bei der am 3. December 1867 stattgefundenen Volkszählung zwei Rubriken aufzunehmen, welche nach der Anwesenheit von Geisteskranken in den einzelnen Haushaltungen fragten. Ausserdem sandte die Gesellschaft an 130 auswärtige und sämmtliche hiesige Irrenanstalten Zählungslisten, mit der Bitte an deren Aerzte, die am 3. December in ihrer Behandlung befindlichen Geisteskranken aus Berlin in dieselben einzutragen und die ausgefüllten an den Vorstand zurückzusenden. Diesem Ersuchen willfahrten auf das Bereitwilligste die hiesigen Anstalten ohne Ausnahme, von den auswärtigen sandten uns 30 sorgfältig angefertigte Listen, 60 zeigten uns ein Vacat an und 40 kleinere und entlegenere Institute antworteten gar nicht. Der Vorsteher des Berliner städtischen statistischen Büreau Herr Dr. Schwabe stellte mir in dankenswerther Freundlichkeit die eingelaufenen Haushaltungslisten zur Verfügung, welche in Verbindung mit den Anstaltslisten folgende Resultate ergeben.

1. Zahl der Geisteskranken.

Die Gesammtzahl der am Zählungstage registrirten Irren beläuft sich auf 905 Individuen, von denen 137 in auswärtigen, 588 in Berliner Anstalten sich befinden und 180 sich hier bei ihren Familien aufhalten. — Ohne Zweifel sind diese Zahlen viel zu klein, und besonders ist wohl der bei weitem grössere Theil der bei ihren Familien befindlichen Irren verschwiegen worden. — Noch kleiner muss die Zahl werden, wenn man die in hiesigen Anstalten befindlichen Nicht-Ber-

liner subtrahirt, d. h. solche Individuen, die als schon Kranke behufs ihrer ärztlichen Behandlung von ausserhalb hierher gebracht sind. Diese gehören nicht zu einer der Bevölkerungsziffer Berlins entsprechenden Irrenzahl und habe ich als solche von den oben genannten 905 Kranken noch 76 ausgeschieden, so dass sich nun die den Einwohnern Berlins angehörige Irrenzahl auf 829 reduzirt.

Die Gesammtbevölkerung unserer Stadt betrug am Zählungstage 702,437 Seelen, es kommt mithin auf 847 Einwohner ein Geisteskranker oder die Geisteskranken betragen 1,18 pro Mille der Bevölkerung.

2. Angeborene oder erworbene Geisteskrankheit.

In den Zählungslisten waren die beiden Fragen aufgestellt: Irrsinnig? Blödsinnig? und war zu denselben die Erklärung gegeben, dass unter Blödsinnig solche Kranke verzeichnet werden sollten, die von Geburt an oder seit den ersten Lebensjahren und unter Irrsinnig solche, die in spätern Lebensjahren geisteskrank geworden sind. In Bezug hierauf sind 623 Personen als irrsinnig und 206 als blödsinnig angegeben. Nicht uninteressant ist es, dass unter den 180 bei ihren Familien sich aufhaltenden Geisteskranken 129 Blödsinnige sich befinden und nur 51 Irrsinnige, so dass es also scheint, dass man im Publikum weniger Bedenken trägt die Existenz eines geisteskrank geborenen Menschen anzugeben, als eines solchen, der später geisteskrank geworden ist.

3. Geschlecht.

Dem Geschlechte nach theilen sich die Irren in 410 Männer und 419 Weiber, ein Verhältniss, dass mit dem der Gesammtbevölkerung der Stadt übereinstimmt, da bei allen Zählungen in Berlin für Männer und Frauen die nahezu gleiche Zahl sich ergeben hat.

4. Familienstand.

Der Familienstand ergiebt sich aus folgender Zusammenstellung:

Unverehelicht.		Verehelicht.		Verwittwet.		Geschieden.	
Männer.	Weiber.	Männer	Weiber.	Männer.	Weiber.	Männer.	Weiber.
305	260	94	79	6	60	4	21
565		173		66		25	

Oder nach Procenten ausgedrückt: 68 % unverheirathet, 21 % verheirathet, 8 % verwittwet und 3 % geschieden. Die auffallende Prävalenz

der verwittweten und geschiedenen Frauen vor den Männern ist keine Eigenthümlichkeit der Geisteskranken, sondern bei der Gesammtbevölkerung Berlins sind unter 100 Verwittweten und Geschiedenen blos 17 Männer und 83 Frauen.

5. Beruf der männlichen Irren.

Die 410 männlichen Irren theilen sich ihrem Berufe nach folgendermassen ein: 180 gehören dem Arbeiter- und Handwerkerstande an, 146 haben nie einen Beruf gehabt, 31 sind Kaufleute, 19 Beamte, 10 Gelehrte, 10 Officiere, 8 Künstler, 4 Landwirthe und 3 Rentiers.

6. Religionsbekenntniss.

Dem Glaubensbekenntnisse nach gehören 730 Irren oder 88,06 % der evangelischen, 34 oder 4,10 % der katholischen, 64 oder 7,78 % der jüdischen und 1 oder 0,12 % der griechisch-katholischen Religion an. Die Gesammtbevölkerung bestand aus 90,49 % Evangelischen, 5,34 % Römisch-Katholischen, 0,02 % Griechisch-Katholischen 3,97 % Juden und 0,18 % Dissidenten. Es scheinen also die Juden fast die doppelte Anzahl von Geisteskranken zu stellen, als ihnen ihrem Verhältnisse zur Gesammtbevölkerung nach zukommt.

7. Altersklassen.

Die Geisteskranken befinden sich im:

Alter von	männlich	weiblich	zusammen
0—7 Jahren	4	3	7
8—17 „	42	32	74
18—27 „	79	65	144
28—37 „	92	78	170
38—47 „	112	87	199
48—57 „	49	90	139
58—67 „	26	42	68
68—77 „	4	15	19
78—87 „	—	8	8
89 — „	—	1	1

Ein Blick in diese Tabelle zeigt bedeutende Verschiedenheiten der Geschlechter in den einzelnen Altersklassen; bis zum 48. Jahre überwiegen die Männer, dann wächst die Zahl der Frauen sehr rapide und in den höheren Lebensjahren fehlen die Männer gänzlich. Ganz ähnliche Verhältnisse bietet die von Dr. Schwabe im Jahre 1865 aufgestellte Tabelle der Gesammtbevölkerung Berlins; auch in dieser prävaliren die Männer in den Altersklassen von 26—50 Jahren, dann überwiegen fortwährend die Frauen und zwar zunehmend mit dem höheren Alter.

XXXIV.

Ueber den Zustand
des Rückenmarkes in der dementia paralytica
und die Verbreitung der Körnchenzellen-Myelitis.

Von

Dr. Th. Simon,

zweitem Arzte der Irren-Anstalt Friedrichsberg zu Hamburg.

Unter dem Namen der Körnchenzellen-Myelitis verstehe ich im Nachfolgenden die Erkrankung des Rückenmarkes, bei der Körnchenzellen in grösserer Menge auftreten, ohne dass damit eine makroskopische Veränderung, insbesondere ein deutlich graues gallertiges Aussehen, verbunden ist.

Bei einem Gegenstande, der so wenig erschöpft und nach allen Richtungen hin noch der Diskussion unterworfen ist, scheint es mir überflüssig zu sein, historische Untersuchungen darüber anzustellen, wer zuerst Körnchenzellen in grösserer Anzahl im Rückenmarke aufgefunden, wer zuerst bei der progressiven Paralyse ihr Vorkommen constatirt hat. Jedenfalls hat Türck, nachdem er vorher die secundären Degenerationen der medulla spinalis nach Hirnkrankheiten und Rückenmarks-Verletzungen beobachtet (Sitzungsberichte der mathem.-naturw. Klasse der Wiener Akademie 1851 und 1853) zuerst eine grössere Zusammenstellung gemacht „über Degeneration einzelner Rückenmarksstränge, welche sich ohne primäre Krankheit des Gehirns oder Rückenmarkes entwickelt“ (Wiener Sitzungsberichte 1856 Juni), und ist hierbei zu ganz ähnlichen Resultaten gekommen, wie nach ihm Westphal, insofern er 12 Fälle analysirt, in denen er, offenbar als zusammengehörend und nur verschiedene Entwicklungsstadien derselben Krankheit bildend, die folgenden Affectionen zusammenstellt: graue gallertige Degeneration des Rückenmarkes ohne alle Entwicklung von Körnchenzellen, mit wenig Körnchenzellen, mit zahlreichen Körnerhaufen und eine nur mikroskopisch nachweisbare Anhäufung von Körnchenzellen in grosser und geringer Menge, mit und ohne Untergang der Nervenröhren.

Türk beobachtete ferner das fast konstante Vorkommen von Trübungen und Verdickungen der weichen Rückenmarkshäute (Meningitis spinalis chronica) und wies nach, dass sich zuweilen die Degeneration in die betreffenden Wurzeln fortsetze.

Mit den geschilderten anatomischen Veränderungen gingen klinisch stets Störungen in der Motilität (unvollkommene Lähmung) und Sensibilität (Anästhesie) der untern Extremitäten einher.

Unter den Fällen Türck's „boten 2 mit sehr bedeutender Geistesschwäche, in deren einem post mortem Verwachsung der innern Gehirnhäute mit der Gehirn-Oberfläche zugegen war, das Bild der viel besprochenen Paralysie des aliénés dar,“ und, nicht zufrieden damit, dieses Zusammentreffen hervorgehoben zu haben, fährt Türck fort: „bei welcher (der allgemeinen Paralyse), wenn es sich in der That um Lähmung und nicht blos um mangelnden Willens-Einfluss handelt, sich überhaupt wohl ohne Zweifel die gleichen pathologisch-anatomischen Veränderungen vorfinden, wie bei nicht Geisteskranken“ (l. c. p. 15). Trotz der Bedeutsamkeit dieser Untersuchungen hat es fast ein Decennium gedauert, bis dieselben neu aufgenommen wurden. Fragt man nach den Gründen einer solchen Nichtbeachtung, so sind es gewiss zum Theil ganz äusserliche: der Ort, an dem die Arbeit veröffentlicht ist*), die Form, welche die einer nur vorläufigen Mittheilung ist, die Art und Weise, wie die Thatsachen ausschliesslich pathologisch-anatomisch aneinander gereiht sind, so dass der Complikationen — z. B. der mit Geistesstörung, — wie der klinischen Symptome überhaupt nur beiläufig Erwähnung geschieht.

Trotzdem hätte man glauben sollen, dass die allerdings etwas dunkel ausgesprochene Ansicht, die motorischen Störungen der progressiv Paralytischen beruhten auf einer häufig nur mikroskopisch nachweisbaren Veränderung des Rückenmarks, dass diese Vermuthung, ausgesprochen von einer Autorität, wie Türck, die zahlreichsten Untersuchungen von Seiten der Irren-Aerzte hätte hervorrufen müssen.

Gleichzeitig mit Türk hat Joffe das Rückenmark Paralytischer untersucht und schildert den Befund folgendermassen:

Bei sehr akutem Verlaufe hat die Marksubstanz die homogene Weisse verloren, sie lässt eine grauliche, sie durchsetzende Substanz deutlich bemerken.

*) Dieselbe ist selbst in Canstatt's Jahresbericht pro 1856, den Zusammenstellungen der Prager Vierteljahrsschrift und in Schmidt's Jahrbüchern nicht erwähnt, wenigstens habe ich sie in allen drei Werken nicht auffinden können. Westphal erwähnt die Arbeit, Zeitschr. für Psych. XXI. 399.

Bei chronischem Verlaufe ist das Mark sehr weich, umwallt den Rand des Schnittes und hat ein eigenthümliches bestaubtes Ansehen, herrührend von der Anhäufung der wuchernden Bindegewebssubstanz, in welcher Nerven-Elemente auseinander gedrängt und zertrümmert sind. Diese zertrümmerten Nervenfasern gehen dieselbe Umgestaltung dieselbe colloide, amyloide und Fettmetamorphose wie im Gehirn ein, und werden endlich so wie hier durch die Bindegewebs-Neubildung vollständig substituirt*) (Wiener Zeitschr. der Gesellschaft der Aerzte. 1857. p. 707).

Unter den später (Zeitschr. d. Gesellsch. d. Aerzte. 1860.) mitgetheilten einzelnen Beobachtungen finden sich 2 Fälle mit grauer Degeneration, deren einen Westphal (als 9. Beobachtung) mitgetheilt hat. Joffe selbst bezeichnet diesen Fall, seinen Anschauungen über die Hirn-Erkrankung bei progr. Paralyse entsprechend, als „paralytischen Blödsinn durch Fortschreiten des Krankheitsprozesses vom Rückenmark zum Hirn“ (l. c. 1860. p. 21). Ausserdem findet sich aber bei Joffe auch ein Fall von Körnchenzellen-Myelitis bei einer früher der Prostitution ergebenen Paralytischen (Fall P. Th.). Es heisst hier: „das Rückenmark zeigt eine massenhafte Anhäufung von Körnchenzellen im ganzen Verlauf der Hinter- und Seitenstränge“, ausserdem werden freilich auch Veränderungen der grauen Substanz geschildert, „die Hinterhörner mit freiem Auge kaum wahrnehmbar, die Vorderhörner sehr blass, atrophirt“ (l. c. p. 39).

Während so Türk von der Untersuchung der Rückenmarks-Erkrankungen aus, Joffe vom Studium der anatomischen Veränderungen bei der dementia paralytica her, zu der Ansicht gelangten, die progressive Paralyse sei constant mit einer Rückenmarks-Affection verbunden, wurde Westphal durch eigene Erfahrungen zur Wiederaufnahme dieser ganz isolirt gebliebenen Untersuchungen geführt. Er beobachtete einige Fälle von Geistesstörung mit Grössenwahn und tobsüchtiger Aufregung, in denen spinale Symptome schon Jahre lang den cerebraten vorausgegangen waren und wo sich post mortem eine graue Degeneration der Hinterstränge fand. Westphal bemühte sich, Unterscheidungsmerkmale dieser Fälle von den gewöhnlichen Paralysen festzustellen. In dieser Hinsicht schienen ihm das tabische Symptom

*) Es scheint jedoch nicht, als ob durchgängig das Rückenmark untersucht ist, denn es heisst später (1860, p. 74) bei Joffe: „in allen Fällen mit sehr protrahirtem Verlaufe, bei welchen das Rückenmark einer genauen Untersuchung unterzogen wurde“.

des Schwankens bei geschlossenen Augen und der Mangel an Artikulationsstörungen der Zunge bemerkenswerth (Zeitschr. f. Psych. Bd. XX. p. 1—31). Allein eine weitere Verfolgung des Gegenstandes zeigte ihm die Inconstanz des letzteren Symptoms und die sich mehrende Fülle der Beobachtungen liess auch in ihm die Frage auftauchen, „ob die Motilitätsstörungen in den Fällen, wo sie erst nach der psychischen Störung eingetreten sind, in einer entsprechenden Erkrankung des Rückenmarks begründet sind, ob also, ähnlich wie in unsern Fällen die Erkrankung des Gehirns auf die graue Degeneration der Rückenmarksstränge folgt, so auch umgekehrt die letztere Affection auf die Erkrankung des Gehirns folgt“ (Zeitschr. f. Psych. XXI. 361—420. 450—453).

Zur Beantwortung dieser Frage führte zunächst Meschede aus Schwetz einen Fall paralytischer Geisteskrankheit an, bei dem die Motilitätsstörungen erst im Verlaufe der Gehirnsymptome aufgetreten waren, und sich post mortem makroskopisch Erweichung und Farbenveränderung (in's blassgelbliche), mikroskopisch exquisite Körnchenzellen-Entartung fand. Ob ein Untergang von Nervenfasern stattgefunden, ist nicht ersichtlich, da die kurze vorläufige Mittheilung nichts über das Verhalten des gehärteten Präparates besagt. Die Körnchenzellenbildung hält Meschede für eine Veränderung von mehr akutem Charakter im Gegensatz zu den Fällen grauer Degeneration (Centralblatt. 1866. p. 17).

Inzwischen hatte aber auch Westphal unausgesetzt dem erwähnten Problem seine Aufmerksamkeit zugewendet und konnte schon im October 1866 die Resultate seiner Untersuchungen mittheilen (allgem. Zeitschr. f. Psych. XXIII. p. 598 und p. 709), die seitdem durch drei grössere Veröffentlichungen auch in ihren Details bekannt geworden sind.

1. Ueber Erkrankungen des Rückenmarks bei der allgem. progressiven Paralyse der Irren. Sep.-Abdr. aus Virchow's Archiv. Bd. XXXIX.
2. Ueber den gegenwärtigen Standpunkt der Kenntniss der progressiven Paralyse der Irren im Archiv f. Psych. Bd. I. p. 44—95.
3. Ueber die Epileptiformen- und Apoplectiformen-Anfälle der paralytischen Geisteskranken ibid. p. 337—386.

Will man untersuchen, ob die Motilitätsstörungen der Paralytiker von einer Erkrankung des Rückenmarkes herrühren, so muss zunächst festgestellt werden, dass in allen Fällen von Paralyse jenes Organ erkrankt sei; alsdann erst kann man prüfen, ob die vorhandenen Moti-

litätsstörungen aus den gefundenen pathologischen Veränderungen erklärt werden können.

Jene Vorfrage konnte Westphal mit Bestimmtheit bejahen (Sep.-Abdr. p. 3), über die Hauptfrage aber spricht er sich nicht mit voller Bestimmtheit aus und macht auf die diagnostisch wichtige Thatsache aufmerksam, „dass es Fälle von paralytischem Blödsinn giebt, bei denen die spinale Erkrankung insofern latent verläuft, als sie sich entweder überhaupt durch keine oder durch keine charakteristischen Störungen der Motilität der Extremitäten zu erkennen giebt“ (p. 150). Wo es aber zu wirklichen und nachweisbaren Störungen im Bereich der untern Extremitäten kommt, scheint Westphal die Rückenmarks-Affection als Ursache anzusehen (vgl. die Darstellung in Griesinger's Arch. I. p. 88—90, p. 94. Sep.-Abdr. p. 148. Bestimmter heisst es in der vorl. Mitth.: „die motorischen Störungen der Extremitäten bei der allgem. Paralyse der Irren ..... müssen gegenwärtig auf die nachweisbare Affection des Rückenmarks bezogen werden). Auch die krampf- und lähmungsartigen Zufälle der Paralytiker und die Erkrankungen im Gebiet der Sinnesnerven werden als Affectionen aufgeführt, die ihnen mit Tabikern ohne Geistesstörung gemeinsam sind (Griesinger's Archiv. I. p. 83, 84).

Westphal ist ferner gleich Türk der Ansicht zugeneigt, dass die graue Degeneration und die Körnchenzellen-Myelitis nur verschiedene Stadien einer und derselben Erkrankung sind (Archiv I., p. 83, 85).

An diese Arbeiten Westphal's, deren Ergebnisse man als von höchster Wichtigkeit für die Lehre von der progressiven Paralyse bezeichnen muss, schliessen sich meine Untersuchungen an.

Ich wollte zunächst sehen, ob in allen Fällen von fortschreitender Lähmung der Geisteskranken, die nicht mit grauer Degeneration von Rückenmarkssträngen gepaart sind, die Körnchenzellen-Myelitis nachweisbar sei.

Aber selbst wenn die Untersuchung das Resultat ergiebt, dass in der dementia paralytica diese Affection constant sei, so ist ein Rückschluss auf das Wesen jener Krankheit nicht gestattet, ehe nicht eine fernere Untersuchung gelehrt hat, ob nicht auch in andern chronischen Erkrankungen dieselbe Körnchenzellen-Myelitis auftrete und sich in den Leichen der an acuten Krankheiten verstorbenen Individuen nicht Aehnliches finde.

Indem ich dann die Krankengeschichten der mit Körnchenzellen-Myelitis behafteten Individuen mit denen der andern verglich, wollte ich versuchen, ob sich besondere Störungen finden, die als Symptome der Myelitis aufgefasst werden könnten. Ich war mir wohl bewusst,

dass ich auf diesem Wege schwerlich das letztere Resultat gewinnen würde, da nur ein sehr glücklicher Zufall es gefügt haben könnte, dass bei den an so verschiedenen Krankheiten Verstorbenen stets oder nur häufig auf die dem Beobachter so fern liegenden und gewiss nicht sehr auffälligen Rückenmarkssymptome geachtet wäre, Nichterwähnen hier also noch nicht das Fehlen der letzteren beweist.

Ich war daher von vornherein überzeugt, dass ich als Resultat meiner Arbeit nur dahin gelangen würde, die anatomische Verbreitung der Körnchenzellen-Myelitis genauer kennen zu lernen, insbesondere zu erfahren, ob dieselbe eine der progressiven Paralyse ausschliesslich eigenthümliche Affection sei.

Das letztere hat zwar Westphal nicht ausdrücklich behauptet, und gewiss hat auch er sich dieselben oder ähnliche Fragen vorgelegt wie ich, da aber in seiner Arbeit sich keine Antwort auf dieselben findet, schien es mir immerhin die Mühe zu lohnen, wenn auch nur dieses Ziel erreicht wurde.

Und in der That hat es sich ergeben, dass die Körnchenzellen-Myelitis nicht auf die dementia paralytica beschränkt ist, sondern sich auch in andern Erkrankungen findet.

Steht es nun auch für die progressive Paralyse fest, dass zuweilen trotz des Vorhandenseins von Körnchenzellen-Myelitis keine auf eine Rückenmarks-Krankheit hinweisende Symptome zu beobachten sind (Westphal; 5. O.) und mag das Gleiche auch bei Tuberculose, Epilepsie u. s. w., die mit Körnchenzellen-Myelitis gepaart sind, der Fall sein, so wird doch umgekehrt bei irgend welchen besonderen Symptomen auch diese Erkrankung des Rückenmarkes beachtet werden müssen und es werden damit für die Tuberculose etc. einerseits, wie für die Körnchenzellen-Myelitis andererseits weitere Erfahrungen, neue Gesichtspunkte geboten werden.

Methode der Untersuchung.

Um die Verbreitung der Körnchenzellen-Myelitis kennen zu lernen, habe ich seit dem September 1867 die Rückenmarke der auf der Irrenstation des allgem. Krankenhauses und auf Friedrichsberg verstorbenen Geisteskranken so wie vieler andern auf der medizinischen Abtheilung Verstorbenen untersucht, wozu mir die Freundlichkeit der Herren DDr. Tüngel und Reye die Gelegenheit bot.

Einzelne Fälle sammelte ich im Werk- und Armenhause (Dr. J. H. Nölting). Schon Ende 1867 konnte ich das Resultat von

26 Untersuchungen mittheilen (Centralblatt. 1867. No. 54) und seitdem habe ich die Untersuchungen ohne Unterbrechung fortgesetzt. Wo im Nachfolgenden meine Ansichten von denen in der vorläufigen Mittheilung abweichen, ist die Aenderung das Ergebniss der späteren zahlreicheren Beobachtungen.

Die Menge des mir zu Gebote stehenden Materials hatte aber auch den Nachtheil, dass es mir unmöglich war, die einzelnen Befunde so genau zu verfolgen, wie dies Westphal vermochte. Meist standen mir nur das Rückenmark und Stücke der Grosshirnhemisphären zur Verfügung, oft mussten am selben Tage 4 und mehr Fälle untersucht und deshalb die ins Einzelne gehenden Untersuchungen auf eine spätere Zeit verschoben werden.

Zu den bisherigen Untersuchungen benutzte ich anfangs ausschliesslich die von Westphal empfohlene Lösung chromsauren Kali's (15 Gr. auf ℥ 1 oder 11,0 auf 360,0). Ich trug die Stückchen mit der Scheere ab und zerzupfte sie Ich habe mich auch davon überzeugt, dass die verdünnte Chromsaurelösungen von Deiters ($\frac{1}{10}$—$\frac{1}{30}$ Gr. pr. ℥ 1) Tage lang die Körnchenzellen intakt lassen.

Beim Mikroskopiren bediente ich mich zuerst stärkerer Vergrösserungen (Hartnack Oc. 3, Syst. 7 und 8), bemerkte aber bald, dass bedeutend schwächere Vergrösserungen (60—80) vollständig genügen, um die Existenz der Körnchenzellen zu erkennen, und seitdem wandte ich die stärkeren Vergrösserungen nur zur Controle, insbesondere bei allen negativen oder nicht ganz zweifellosen Befunden an.

Bei dem Betrachten der Schnittflächen des frischen Rückenmarks habe ich stets zu erkennen versucht, ob sich die körnchenzellenhaltigen Parthien nicht durch ihr Aussehen von den übrigen unterschieden, allein stets — gleich Türck und Westphal — vergeblich. Zuweilen glaubte ich leichte graue oder blassgelbliche Färbung wahrzunehmen, andere Male erschien mir aber die gleiche Färbung auch bei Rückenmarken, wo die mikroskopische Untersuchung die Abwesenheit von Körnchenzellen wie überhaupt jeder Veränderung erwies.

Gleiche Irrthümer kommen schon in den Westphal'schen Krankengeschichten vor (z. B. Fall C „die weisse Substanz in den vorderen Strängen rein weiss, in den Seitensträngen wenig gelatinös" — „die spätere mikroskopische Untersuchung ergab jedoch keine Veränderung in den Seitensträngen", Sep.-Abdr. p. 37 und Fall D „im untern Dorsaltheile scheinen auch die Seitenstränge eine graue Beschaffenheit zu zeigen", — „nirgend greift die Affection in die Seitenstränge über" p. 44 und 45).

Dagegen fand ich beim Betrachten der zur mikroskopischen Untersuchuchung zurechtgemachten Objekte, dass bei gewisser Haltung des Objectträgers eine deutlich rauchgraue Färbüng eintrat und man im Präparat eine grosse Anzahl schwarzer Pünktchen erkennen konnte*), die, wenn man den Objektträger drehte, plötzlich weiss, und bei weiterem Drehen wieder schwarz wurden — offenbar, je nachdem man das Objekt in durchfallendem oder reflektirtem Lichte betrachtete. Das reichliche Auftreten von Körnchenzellen kann man auf diese Weise auch ohne Mikroskop erkennen (vergl. Berliner klinische Wochenschr. 1868. p. 64).

Zum vollständigen Erhärten der Rückenmarke wandte ich chromsaures Kali oder Chromsäure an.

Wollte ich mich über die Lage der Körnchenzellen zu Gefässen und Nerven an kleineren Querschnitten orientiren, so benutzte ich im Winter 1867/8 oft gefrorene Präparate. Grosse Querschnitte auf diese Weise herzustellen, gelang mir bis jetzt nicht. In letzter Zeit habe ich zum Gefrieren von Rückenmarksstücken auch den Richardson'schen Apparat benutzt und kann denselben zur leichten Herstellung gefrorener Hirn- und Rückenmarksstücke durchaus empfehlen. Man hat dadurch auch im Sommer ein Mittel, sich äusserst schnell und leicht schnittfähige Objekte darzustellen**). Die bekannten Experimente, in denen man Theile des Central-Nervensystems an lebenden Thieren gefrieren und wieder aufthauen lässt, beweisen zur Genüge die Superiorität dieser Methode vor allen übrigen Erhärtungsformen.

Durch eine Reihe von Voruntersuchungen verschaffte ich mir ausserdem noch die Ueberzeugung, dass Körnchenzellen sich nicht erst nachträglich in dem faulenden Rückenmark bilden, zu welcher Ansicht mich anfangs die Bemerkung geführt hatte, dass zuweilen aus dem Nervenmark Tropfen austreten, die mit Körnchenzellen einige Aehnlichkeit haben. Die genauere Prüfung bestätigte diese Ansicht nicht, vielmehr fand ich, dass Fr. Falk in seiner vorläufigen Mittheilung (Centralbl. 1867. p. 881) vollkommen Recht hat, wenn er die postmortale Bildung von Körnchenzellen läugnet.

Versuche, die ich mit verschiedenen Metallsalzen, z. B. Eisen- und Kupfervitriol und Blutlaugensalz behufs Erhärtung des Rückenmarks

---

*) Virchow bildet das Verhalten im letzten Hefte seines Archivs (Bd. XLIV. Heft 4) „bei ganz schwacher Vergrösserung" ab.

**) Mein Freund Dr. Max Burchardt bedient sich schon längere Zeit dieser Methode zur Darstellung von Querschnitten kleiner Hautstücke, Tumoren u. s. w.

mit Erhaltung der Körnchenzellen anstellte, haben bis jetzt keine brauchbaren Resultate ergeben.

I. Die primäre Körnchenzellen-Myelitis.

Es wäre von grösstem Interesse, die Symptome der primären (oder originären) Körnchenzellen-Myelitis zu kennen, um mit ihnen die Symptome der dementia paralytica zu vergleichen. Freilich würde nur das Wiederauffinden der Erscheinungen, welche die erste Affection hervorruft, in den Symptomen der progressiven Paralyse mit grosser Wahrscheinlichkeit dafür sprechen, dass die letzteren von der Körnchenzellen-Myelitis abhängig sind, während man, sofern eine Uebereinstimmung beider Symptomenreihen nicht stattfindet, den wohlbegründeten Einwurf gegen etwaige daraus gezogene Schlüsse erheben kann, dass die secundäre, die paralytische Geistesstörung begleitende Myelitis andere Symptome habe als die primäre, so gut wie bei den Pneumonien diese Unterschiede allgemein anerkannt seien. Leider ist jedoch die Pathologie der Körnchenzellen-Myelitis noch vollständig zu schaffen, denn, wie ich schon anfangs erwähnte, sind die Fälle Türcks nur nach anatomischen Principien geordnet und das Klinische nur ganz nebensächlich behandelt und m. W. nur Westphal erwähnt einer Beobachtung (Q.), von der aber auch fast nur die anatomischen Details mitgetheilt werden*).

Eine Vergleichung dieses Westphal'schen mit dem nachstehenden Falle wird aber immerhin einige beachtenswerthe Momente ergeben.

I. Beobachtung.

Seit 7 Jahren „Rheumatismus" der untern Extremitäten. Vor 2 Jahren Fall auf den Kopf, seitdem Anfälle von Kopfweh und bedeutende Verschlimmerung des Reissens in den Beinen Kurz vor der Aufnahme schnell sich zu fast völliger Bewegungslosigkeit steigernde Motilitätsstörungen, Harn- und Stuhl-Beschwerden. Spannendes Gefühl am Fussrücken. Gefühl von Taubsein der Beine. Häufige Frost-Anfälle. Tod 8 Monate nach der Aufnahme, nach fast achtjähriger Krankheit. Section: Gehirn normal, Verwachsung der dura und pia spinalis; im Rückenmark selbst makroskopisch nichts, mikroskopisch Körnchenzellen-Myelitis der Gollschen Keilstränge.

Martin Friedrich K., Arbeitsmann, 42 Jahr alt, aufgenommen den 22. Januar 1862.

Patient, der die letzten Jahre als Schauermann im Hafen arbeitete und häufigen Durchnässungen ausgesetzt war, giebt an, seit einem Fall auf dem Scheitel, der vor 2 Jahren stattfand, an Kopfschmerzen gelitten zu haben, die des Nach-

*) Separat-Abdruck p. 161.

mittags auftraten und Nachts endigten. Am stärksten waren dieselben im vorigen Sommer, wo sie meist 6 Stunden anhielten und schliesslich jedesmal mit Erbrechen aufhörten. 4 Wochen vor Weihnachten liessen die Kopfschmerzen nach; seit der Zeit empfand Patient Schwere in den Beinen und spannendes Gefühl quer über dem Fussrücken. Die unteren Extremitäten wurden ihm fortan von Tag zu Tag scheinbar immer schwerer, er gebrauchte immer grössere Anstrengung sie emporzuheben. Dabei will er aber keine Taubheit in den Beinen, keine Formicationen gehabt haben. 8 Tage vor seiner Aufnahme konnte er noch mit Mühe Treppen steigen. Bis dahin hat er auch noch gearbeitet. Schien demnach das Leiden von jenem Fall herzudatiren, so erfuhr man doch durch eine genauere Nachfrage, dass er schon seit 7 Jahren „Rheumatismus in den Beinen" gehabt. Diese reissenden Schmerzen nahmen in der letzten Zeit ausserordentlich zu, raubten ihm die Nachtruhe. Die Harnsecretion war in der letzten Zeit etwas mühevoll, der Stuhl verstopft, auf Abführmittel kam dann eine Reihe dünner Stuhlgänge.

23. Januar. 6 Stühle seit gestern Abend. Urin beim Stuhl entleert. Klagt über strammendes Gefühl in den Hypochondrien. Kann das rechte Bein ein wenig das linke gar nicht aufheben, ebenso nur mit Mühe sich in die Höhe richten. Das Sensorium ist frei.

24. Januar. Gestern mehrere dünne Stühle. Klagt über fortwährendes spannendes Gefühl in beiden Fussrücken, besonders rechts, und „Sangern"; Nachts kein Schlaf wegen reissender Schmerzen in den Beinen.

27. Januar. Noch immer etwas Durchfall, liess heute zweimal Urin. Nachts fast gar kein Schlaf. Im rechten Bein die Schmerzen geringer.

1. Februar. 12 Schröpfköpfe längs der Wirbelsäule. Schmerzen im Gleichen.

2. Februar. Schmerzen geringer. Hat die Nacht geschlafen. Lässt allein Wasser. 1 Stuhl.

7. Februar. Seit 4 Tagen kein Stuhl. Sonst die alten Klagen. Urinsecretion leidlich. Geringes Oedem der Beine.

8. Februar. Zahlreiche Stühle nach Infus. Sennae. Urin beim Stuhl. Starke Schmerzen in beiden Fussrücken.

9. Februar. Mehrfache Stühle. Gestern Nachmittag etwa 3 Stunden lang heftige Schmerzen in den Fussrücken und Knöcheln. Spannung auf der Brust geringer. Seit einigen Tagen enden die neuralgischen Anfälle mit Schweiss.

12. Februar. 4 Stühle. Oedem etwas stärker. Schmerzen auf den Fussrücken und auf der Brust von 9—2 Uhr.

13. Februar. Heute Morgen Schmerzen im Verlauf beider Peronaei superfic. 2 Stühle. Urinsecretion normal. Schlief 6 Stunden.

14. Februar. Nachts wieder die alten Schmerzen. Die Spannung quer über der Brust gering. 3 Stühle.

16. Februar. Schmerzen in den Füssen von gestern Nachmittag bis Nachts 3 Uhr. Dann Hitze bis 7 Uhr. Schwitzt bei der Visite. Klagt über Schwindel, Durst. Seit gestern Morgen 10 Stühle ohne Abführmittel.

24. Februar. Die Schmerzen auf den Fussrücken in der letzten Zeit jeden Nachmittag. Dreimal Stuhl. Urinsecretion normal. Oedem der Beine geringer, besonders rechterseits.

3. März. Erbrach gestern mehrere Male. Nach Infus. Sennae compos. eine

Reihe dünner Stühle. Seit gestern Rententio-urin Wenig Appetit. Etwas Fieber. Puls 88.

4 März. Lässt wieder ordentlich Wasser.

6. März. Fieber von gestern Abend 6 Uhr bis heut Morgen 5 Uhr. Gestern Abend Frost, darauf Hitze und Schweiss. Zunge gut. Urinsecretion normal.

7. März. Befinden gut.

8. März. Dito. Decubitus am rechten Tuber ischii Lässt allein Wasser. Um 8½ Uhr ½ Stunde Hitzgefühl, bei der Visite Schweiss.

9. März. Schwitzt seit 7 Uhr. Zunge vorn rein, hinten schmutzig belegt. Konnte die Nacht nicht schlafen, hatte aber keine Schmerzen.

10. März. 4 Stühle. Lässt ordentlich Wasser. Schlief gut. Hat jetzt seit 8 Tagen keine Schmerzen in den Fussrücken gehabt. Das spannende Gefühl quer über der Brust ist fortwährend vorhanden.

11. März. Kein Fieber. Schlaf gut. 3 Stühle. Spannung auf der Brust.

12. März. Seit gestern Abend Schmerzen in den Beinen. Nachts kein Schlaf. Klagt über Schneiden beim Wasserlassen. Kein Stuhl. Etwas Oedem an den Knöcheln.

13. März. Leidlicher Schlaf. Hat aber fortwährend stechende und schneidende Schmerzen, besonders im linken Bein. Dieselben beginnen auf dem Fussrücken und erstrecken sich bis zum Knie. Daneben ab und zu Gefühl von Eingeschlafensein Leichte Bewegungen der Füsse, besonders Ad- und Abduction, sind beiderseits möglich. Das Schneiden beim Harnlassen hat aufgehört. Der Decubitus sieht gut aus.

14. März. Schlief wenig wegen Schmerzen im Decubitus. 4 Stühle. Keine Schmerzen in den Beinen.

16. März. Gestern mehrere Stühle. Leidlicher Schlaf. Keine Schmerzen beim Harnlassen, dagegen wieder Schmerzen und Eingeschlafensein in den Beinen.

21. März. Vor 3 Tagen Nachts kein Schlaf wegen Schmerzen im Bein. Die beiden letzten Nächte ordentlicher Schlaf. Behauptet, dass er jetzt jeden Morgen „Gräsen“ (Frösteln) bekäme, darauf Schmerzen in den Beinen. Gestern 5 dünne Stühle. Zunge rein. Appetit gut.

Ueber den weitern Verlauf der Krankheit findet sich keine Angabe, als dass Patient am 21. September 1862 Nachts 1 Uhr gestorben ist.

Die 12 Stunden darnach gemachte Section ergab Folgendes:

Abgemagerter Körper mit allgemeinem Anasarca, Abscessen, Excoriationen und Röthung an den Weichtheilen des Beckens. Beim Eröffnen der Rückenmarkshöhle floss sehr viel Blut aus. Die dura mater war mit der Arachn. spinalis durch dünne Bindegewebsstränge verbunden, die Arachnoiden getrübt. Das Rückenmark zeigte sich blass; im Uebrigen fand es sich bei makroskopischer Betrachtung nicht verändert. Innere Schädelfläche aufgelockert. Längs des Sinus longitud. sehr viele Gefässvertiefungen. Dura mater nicht verändert Arachn. mässig getrübt und eine mässige Menge Serum unter derselben. Pia mater und Hirnsubstanz sehr blass. Die Ventrikel von gewöhnlicher Weite, etwas Wasser enthaltend. Hirnsubstanz etwas zähe. Herz von gewöhnlichen Dimensionen. Klappen gesund. Beide Lungen theilweise angewachsen. An den Spitzen einzelne tuberculöse Höhlen mit discreten Tuberkelablagerungen in der Umgebung; weiter abwärts grössere mit käsiger Masse infiltrirte Stellen. Die Bronchien überall erweitert mit dickem

[illegible] Schleim gefällt. In der Umgebung derselben hie und da mit weiss-[illegible] infiltrirte Stellen, jedoch ohne käsigen Zerfall.
[illegible] mässig blutreich. Schnittfläche gleichmässig braun durchaus ohne krank-[illegible] Veränderung. Milz gross, schlaff, blass. Beide Nieren sehr gross, fest. [illegible]becken erweitert, wenig injicirt. Die Oberfläche der Nieren glatt. In der [illegible] Niere eine unregelmässig umschriebene etwas deprimirte Stelle in der [illegible], die mehrere kleine gelbe Erhabenheiten zeigte. Die Corticalis war hier verdichtet, theils grauweiss gefärbt, theils schwärzlich pigmentirt. Blasenmuscularis verdickt. Am caput gallinaginis war der Eingang in einen grossen jedoch nach untenhin geschlossenen Abscess. Blasenschleimhaut wenig pigmentirt und aufgelockert. Magen und Darmkanal nicht wesentlich verändert. Am Becken keine Abweichung.

Die Ueberraschung war keine geringe, als sich, statt der erwarteten Rückenmarks-Affection, grauer Degeneration der Hinterstränge, eine scheinbar vollständig normale medulla spinalis vorfand.

Das Rückenmark wurde zum Erhärten in Chromsäure eingelegt und nach ganz kurzer Zeit bemerkte Dr. Engel-Reimers eine auffällige Veränderung: die Gollschen Keilstränge traten jetzt aufs deutlichste hervor, indem sie sich durch ihre dunkle Färbung von der übrigen Masse der Hinterstränge abhoben. Die mikroskopische Untersuchung ergab in ihnen eine ungeheuere Anzahl Körnchenzellen, dagegen weder faseriges Bindegewebe mit Kernen noch corpora amylacea. Diese Körnchenzellen lagen sowohl in den Gefässscheiden als auch in ausserordentlich grosser Masse frei im Parenchym. Als das Rückenmark später vollständig erhärtet ward, fand sich eine beträchtliche Verminderung der Zahl der Nervenröhren, zwischen denen eine feinkörnige Masse lag. Die Körnchenzellen waren vollständig verschwunden.

Scheinbar schloss sich in diesem Falle also die Erkrankung an ein Schädeltrauma an und da bald darnach heftige Anfälle von Kopfschmerz sich einstellten, hätte man um so leichter ein Gehirnleiden vermuthen können. Allein die genauere Anamnese ergab, dass schon 5 Jahre vor dem Fall die Erscheinungen eines Rückenmarkleidens aufgetreten sind und wahrscheinlicherweise ist der Fall selbst nur durch die beginnende Unsicherheit oder auch durch einen leichten Schwindel-Anfall bedingt, ebenso wie es leicht möglich ist, dass die eigenthümlichen, mit Erbrechen endenden Anfälle, die als „Kopfweh“ bezeichnet wurden, in Wahrheit einen complicirten Symptomencomplex in sich schlossen, dessen Beobachtung und Schilderung man von einem Manne, wie der Kranke war, nicht verlangen kann.

Auffällig ist auch die rapid zunehmende Bewegungslosigkeit; denn bis 8 Tage vor seiner Aufnahme hatte er, wenn schon mühsam, noch gearbeitet, während er unmittelbar nach der Aufnahme nur das eine Bein noch ein wenig von der Unterlage abheben konnte.

Dieser hohe Grad der Lähmung hinderte auch, über den Gang des Kranken, das Stehen bei geschlossenen Augen u. s. w. etwas Ge-

naueres festzustellen. Bemerkenswerth ist die Lokalisation des Schmerzes im Fussrücken, über dem Patient beständig ein äusserst störendes „Spannen“ empfand — bei den gewöhnlichen Tabesfällen, der grauen Degeneration der Hinterstränge, deren ich im allgemeinen Krankenhause eine nicht geringe Zahl beobachten konnte, ist mir dieses Symptom nie aufgestossen. Sehr eigenthümlich ist auch der allmähliche Uebergang der neuralgischen Anfälle in Schüttelfröste, was in gewissen Anfällen von Intermittens larvata sein Analogon findet und für die Theorie des Fiebers von Interesse ist.

Halten wir den Fall mit dem Westphal'schen (Q.) zusammen, so finden wir bei beiden das ungemein rasche Zunehmen der Motilitätsstörung bis zur völligen Lähmung und die Blasenaffection.

Während aber der Westphal'sche ziemlich schnell verlief, endet der unsere erst nach mindestens 2½-, wahrscheinlich aber 7jährigen Leiden. Bedeutsam ist auch bei letzterem, dass während die anatomischen Läsionen sich auf die Keilstränge beschränkt erwiesen, „die Lähmung eine so vollständige war, dass die Bewegungsfähigkeit der unteren Extremitäten und des Rumpfes zu einer minimalen herabsank, so dass die Beine auf der Bettlage kaum noch einer willkührlichen Bewegung fähig waren“.*)

Ob und in wie weit das „Reissen in den Beinen“, der „Rheumatismus“ von der chronischen Spinal-Meningitis abhängt, werden wir späterhin im Zusammenhang mit den übrigen Beobachtungen zu erörtern haben.

II. Dementia paralytica.

Längst ist es allseitig anerkannt, dass die Formen, nach denen man die Geistesstörungen einzutheilen pflegte, die Manie, die Melancholie, die Dementia, keinen andern Werth, als den der Symptomen-Bezeichnung haben, dass es Symptomencomplexe sind, die den verschiedensten Krankheiten zukommen, heute einer gewöhnlichen Anämie nach wiederholten Blutverlusten, morgen einer chronischen Intoxication oder einem Hirntumor. Behält man jene Bezeichnungen noch jetzt bei, so ist sich die Mehrzahl der Aerzte wohl bewusst, dass man dabei theils der Gewohnheit ihr Recht lässt, theils jene Namen nicht aufgeben mag, weil man noch nicht allseitig anerkannte dagegen einzuführen im Stande ist.

In dieser unfruchtbaren Wüste, die man die Pathologie des Irre-

*) Westphal, Gries. Archiv. I. p. 89.

seins nennt, schien einer Oase gleich eine wirkliche Krankheit aufgefunden zu sein, die nicht bloss künstlich unter Berücksichtigung eines einzelnen Symptoms construirt war, sondern eine wahre „entité morbide“ bildete, ausgezeichnet durch raschen Verlauf, gleichartige psychische und somatische Symptome, durch Alter, Geschlecht und Lebensstellung ihrer Opfer, die traurige Prognose und ohnmächtige Therapie — die dementia paralytica.

Nur schade, dass bei diesen so gut zu einander passenden Bedingungen eins fehlte: die Gleichheit der anatomischen Befunde. Stellte man eine grössere Anzahl von Autopsieen zusammen, so musste man das Facit ziehen, dass bei der progressiven Paralyse Alles mögliche gefunden werde, pachymeningitische Anflüge bis zu den ausgedehntesten Hämatomen — und normale dura; Eiterablagerungen oder Trübungen der pia und vollständig klare pia; Adhärungen der pia an die Hirnrinde oder Abheben derselben durch Serum-Ergüsse; abnorm feste, normale und abnorm weiche Hirnconsistenz; Schwund der Windungen oder normale Grösse derselben; Anämie und Hyperamie des Gehirns; zu niedriges, normales, ja ungewöhnlich hohes Gewicht des Gehirns.

Und was schloss man daraus? Ausgehend von dem durchaus nicht bewiesenen Satze, dass die dementia paralytica eine bestimmte Krankheit sei, folgerte man aus der falschen Prämisse, dass man die wahre Ursache der Krankheit nicht kenne und suchte durch mikroskopische Untersuchungen die der progressiven Paralyse zu Grunde liegende Veränderung aufzufinden, welche sich der makroskopischen Beobachtung entzog. Es giebt kaum einen Bestandtheil des Gehirns, der nicht herangezogen ist: die pia (Meningitis chronica), die Gefässe (Kernwucherung, Scheidenbildung, amyloide Degeneration), die Neuroglia (Kernwucherung, Periencefalitis), die Ganglienzellen (Kerntheilung, fettiger Zerfall) sind eines nach dem andern für den Sitz des Leidens erklärt worden. Die Frage wurde immer schwieriger und complicirter, jemehr man sich zugleich der Erfahrung nicht verschliessen konnte, dass der Rahmen, in welchen die ersten Beschreibungen der dementia paralytica die Symptome derselben eingefasst, ein ungenügender sei, als man nun auch Fälle kennen lernte, die den früheren Schilderungen ganz fern standen, aber durch zahlreiche Uebergangsformen zu den „typischen Formen“ hinübergeleitet wurden. So musste man auch für die einzelnen Symptome zugeben, dass sie durchaus nicht constant seien, man lernte von Grössenwahn-Ideen absehen, man sah Fälle, die ohne alle tobsüchtige Aufregung verliefen, andere, in denen nur ganz spät Motilitätsstörungen auftraten und man musste sich

schliesslich begnügen, die rasch eintretende und schnell einen hohen Grad erreichende psychische Schwäche bei Individuen der jüngeren und mittleren Jahre als dementia paralytica zu diagnostiziren,*) gleichviel, ob der Kranke daneben unter beständigem Toben rasch verfiel oder in ruhiger dementia viele Jahre lang ziemlich still verlebte, oder wovon es doch immerhin Beispiele giebt, die Prognose der Aerzte zu Schanden machte und wieder genas. Mit den letzteren Fällen konnte man sich allerdings abfinden, wenn man sagte, es sei doch keine dementia paralytica gewesen, sondern tertiäre Syphilis oder chronischer Alcoholismus. Freilich, wenn dieselben Fälle letal verlaufen wären, so würde man eine solche Unterscheidung nicht gemacht, weil nicht gebraucht haben.

Ich will an dieser Stelle Betrachtungen nicht fortführen, die sich besser und anschaulicher discutiren lassen, wenn ich sie an die von mir beobachteten zunächst mitzutheilenden Fälle anknüpfen kann. Ganz übergehen wollte ich dieselben aber nicht, denn will man den anatomischen Befund des Rückenmarkes und der von diesem abhängigen Symptome bei der dementia paralytica kennen lernen, so muss man sich doch über den Umfang und Bedeutung dieses Krankheitsbegriffes klar werden.

Und gerade die Versuche, aus dem Gewirr der einander widersprechenden Symptome und verschiedenartigsten anatomischen Befunde das allen Fällen Gemeinsame als Richtschnur aufzufinden, führte mich schliesslich zu der Einsicht, dass dies nicht möglich sei und dass man einfacher und naturgemässer die vorliegenden Thatsachen erklären kann, wenn man von der Ansicht ausgeht, dass die dementia paralytica keine Krankheits-Einheit sei, sondern ein Symptom oder Symptomencomplex,**) ähnlich wie der „status typhosus", das „delirium acutum."

Ich weiss sehr wohl, dass ich damit nichts Neues sage, auch keinen ganz isolirten Standpunkt einnehme: ich brauche nur auf Flemming***) zu verweisen und auf die Versuche Calmeil's die Pachymeningitis

---

*) Westphal, p. 150. „Der Ausdruck „paralytisches Irresein" ist hier natürlich in dem weiteren Sinne gebraucht, wie er allgemein von den Irrenärzten angewandt wird; es werden hiernach auch Fälle, die allein durch die Art und den Verlauf der psychischen Störung characteristisch sind, selbst bevor Sprach- oder andere Motilitätsstörungen eingetreten sind, als paralytisches Irresein bezeichnet, wobei denn allerdings Irrthümer in der Diagnose mit unterlaufen können."

**) Westphal, Z. f. Psych. XXI. p. 407: „Der Begriff der allgemeinen Paralyse nichts als ein, noch dazu sehr mangelhaft begrenzter Symptomencomplex ist."

***) Lehrbuch p. 220.

von der Periencephalitis diffusa zu trennen; man darf aber nicht übersehen, dass dieser Standpunkt von der grossen Mehrzahl der Irren-Aerzte nicht getheilt wird und grade der Versuch Westphals, bei allen Paralytikern eine Rückenmarks-Affection nachzuweisen, zeigt, wie sehr diese Ueberzeugung von der Existenz einer wirklichen Krankheit „dementia paralytica" allgemein verbreitet ist.

Darum hat die Untersuchung der medulla spinalis, die Frage ob in allen Fällen wirklich Rückenmarks-Veränderungen nachgewiesen werden können, einen über die Deutung der Symptome hinausgehenden Werth. Müsste man sie bejahen, so wäre ein zwar nicht entscheidender aber doch bedeutsamer Beweis für die ursprüngliche französische Auffassung gewonnen, und so wollen wir uns zunächst an die unter den Irren-Aerzten gangbare Anschauung von der dementia paralytica, wie wir sie oben formulirt, halten und uns zu dem Thema, das für uns den Ausgangspunkt bildet: den Zustand des Rückenmarkes bei dieser Erkrankung wenden. Westphal ist der Ansicht, dass der Zustand der Medulla spinalis in der Paralyse nicht genügend bekannt geworden, weil die Eröffnung des Wirbelkanals relativ schwierig und daher gewiss oft unterlassen sei, und man sich im günstigsten Fall darauf beschränkt habe, das Rückenmark makroskopisch zu betrachten.**)

Das das erste nicht überall der Fall war, beweisen die Sectionsprotokolle unserer Irren-Abtheilung, in der seit dem Amtsantritt Dr. L. Meyer's (1858) bei fast allen progressiven Paralysen des Rückenmarks-Befundes Erwähnung geschieht,***) und dass die Erkennung der Körnchenzellen-Myelitis nicht früher und allgemeiner stattgehabt, ist wohl eher durch den Umstand zu erklären, dass man bis vor wenig Jahren überhaupt nicht daran gewöhnt war, die Organe frisch zu untersuchen, von der Ansicht ausgehend, „dass ein gut gewähltes Reagens das schärfste Messer in der Hand des Histologen sei", und für das Rückenmark speciell die Chromsäure-Erhärtung eine, ich möchte fast sagen obligatorische Methode war.

Abgesehen von der Rückenmarks-Untersuchung bei der Autopsie, wurde jeder an progressiver Paralyse leidende Kranke seit dem Erscheinen der Westphal'schen Arbeiten (1864) auf die Frage geprüft, ob er mit geschlossenen Augen feststehe.

Das Resultat war ein ganz zweifelloses, insofern die klinische

---

*) Traité des maladies inflammatoires du cerveau.

**) Separat-Abdruck p. 4.

***) Vergl. auch die Bemerkung L. Meyer's im Centralbl. 1867.

Beobachtung mit dem anatomischen Befunde sich vollständig im Einklang befand.

Das Material, welches zu Westphal's Verfügung gestanden, muss ein ganz aussergewöhnliches gewesen sein und die daraus gezogenen Schlüsse sind daher keineswegs beweisend.

Eine einfache Rechnung genügt, um den Nachweis zu liefern.

Westphal hat das Rückenmark sämmtlicher Paralytiker (mit Ausnahme von zweien), die vom April 1865 bis Februar 1867 in der Charité gestorben sind, untersucht;*) ihre Zahl beläuft sich auf 13. Dazu kommt noch ein Kranker, dessen Autopsie nicht gemacht werden konnte, der aber die unzweifelhaftesten Symptome eines Rückenmarksleidens hatte (O).

Von 13 Fällen also, die hintereinander verstorben und zur Section kamen, zeigen 7 (A—G) d. h. über 50 pCt. makroskopisch nachweisbare graue Degeneration einzelner Rückenmarksstränge.

Von den übrigen 6 Fällen mit Körnchenzellen-Myelitis zeigten 3 (H, K. M) schon dem blossen Auge auffallende Veränderungen.

Rechnet man aber der ersten Kategorie noch den 14. unzweifelhaften Fall zu, so müssen wir aus den Westphal'schen Beobachtungen die Schlussfolgerung ziehen, dass nach der Erfahrung zweier Jahre die Zahl der Fälle von dementia paralytica, bei denen im Rückenmark graue Degeneration einzelner Stränge nachgewiesen wird, sich auf fast 60 pCt. beläuft.

Und nun vergleiche man hiermit einen fast gleichen Zeitraum (1. April 1866 bis Ende 1867) aus unsern Krankensälen.

Ich habe über 64 Fälle von dementia paralytica, die innerhalb dieses Zeitraums in Abgang kamen, Notizen.

Von 16 derselben fehlt die Autopsie, weil sie aus religiösen Gründen verweigert wurde, oder die Kranken wurden von den Ihrigen ungeheilt fortgenommen. Unter diesen Fällen sind 2, in welchen man mit grosser Wahrscheinlichkeit graue Degeneration diagnostiziren konnte, in allen andern fehlten tabische Symptome. Von den übrigen 48 fehlen die Angaben über den Zustand des Rückenmarkes im Protocoll bei 10 Fällen, in denen intra vitam durchaus keine Erscheinung auf eine Spinalkrankheit hinwiesen. Unter den übrigen 38 Sectionsprotocollen mit Rückenmarksbefunden sind 2 Fälle mit grauer Degeneration der Hinterstränge.

Von den 64 Fällen boten also nur 4 intra vitam Merkmale eines

*) Separat-Abdruck p. 5.

solchen Rückenmarkleidens, d. h. 8 pCt.; noch ungünstiger stellt sich das Verhältniss, wenn man nur die Sectionen betrachtet, indem hier von 38 Fällen nur 2, d. h. ein wenig über 5 pCt., auf dem Leichentische eine solche Veränderung constatiren liessen.

Diesem aus über 60 Fällen gezogenen Facit entspricht auch die Statistik von 1868, die Gegentheils die Procentzahl noch etwas herabdrücken würde, während doch gerade 1868 auf den Rückenmarks-Befund ganz besonders geachtet wurde.

Bei Westphal also 50 60, bei uns 5—8 pCt. der beobachteten Fälle mit grauer Rückenmarks-Degeneration. Der Unterschied ist so eclatant, dass er auch nicht durch den Einwurf aufgehoben werden kann, es hätten zwischen den nicht mikroskopisch geprüften auch Fälle sich finden können, in denen die graue Degeneration nur mikroskopisch nachweisbar war. Zunächst ist unter den von Westphal mitgetheilten Fällen von 1865—1867 kein einziger dieser Art, und der früher von ihm beobachtete (Westphal Nr. 3) steht bis jetzt sehr isolirt da; selbst dieser zeigte doch auch kein normales Aussehen, wie das Sections-Protocoll nachweist (Zeitschr. f. Psych. XXI. p. 371):

„Das Rückenmark selbst zeigt eine grosse Blässe beider Substanzen; dabei hat die weisse Substanz stellenweis eine etwas fleckige Beschaffenheit, indem an einzelnen Stellen ein leicht gelblicher oder röthlicher Ton zum Vorschein kommt. Ferner scheint die weisse Substanz im Allgemeinen ein wenig durchscheinender als normal, am stärksten im Brusttheil; stellenweise scheint diese leicht transparente Beschaffenheit an den hinteren Strängen stärker als an den vorderen hervorzutreten, jedoch sind die etwanigen Unterschiede sehr gering. Eine Niveauverschiedenheit der Durchschnittsfläche der Hinterstränge fehlt indess vollständig. Die Nervenwurzeln sind besonders im Halstheil ziemlich gut entwickelt, haben hier ein ganz gutes Aussehen, sind im Brusttheil etwas dünner, meistentheils etwas durchscheinend. In der cauda equina sind besondere Differenzen nicht mehr wahrnehmbar."

Der Obducirende liess es in Zweifel, ob graue Degeneration vorliege und der Fall forderte daher eo ipso zu einer genauen mikroskopischen Untersuchung auf.

Westphal hat nur noch eine Beobachtung aus der Irrenstation des Hamburger Krankenhauses mitgetheilt, bei der ebenfalls an Stellen, wo makr. nichts gesehen ward, dennoch eine sehr bedeutende Degeneration der Hinterstränge nachgewiesen werden konnte,*) allein auch hier

*) ibid. p. 451.

hatten intra vitam bedeutsame Symptome auf Tabes hingewiesen und bei der Autopsie selbst war das Aussehen der Hinterstränge nicht ganz zweifellos.*)

Zugegeben aber selbst, dass unter unsern früheren Fällen einer oder der andere gewesen wäre, in dem man die graue Entartung übersehen hätte, so ändern einige Fälle in der Differenz wenig, und im Jahre 1868, für das ich solche Vermuthung bestimmt zurückweisen kann, ist das Verhältniss ebenso ungünstig.**)

Die Fälle mit grauer Degeneration sind nachfolgende.

II. Beobachtung.

Erysipelas pedis sinistri, darnach Schwäche des Fusses, gleichzeitig auftretende Hirn- (Dementia) und Rückenmarks- (Parese, Blasenlähmung) Symptome. Stampfender Gang Ungleiche Pupillen Vorwiegende Affection des linken Beines. Epileptiforme Anfälle. Section. Graue Degeneration der Hinterstränge. Hirnatrophie. Sinus-thrombose. Nieren- und Blasenleiden. Herzhypertrophie. Finale Pneumonie.

Joh. J. Fr. H., 34jähriger Hausknecht, wurde am 17. Juni 1865 auf der Irrenstation aufgenommen und starb am 14. September des folgenden Jahres.

Nach Angabe der Frau soll er etwa $^3/_4$ Jahr vor seiner Aufnahme ein Erysipel des linken Fusses gehabt und sich darnach, angeblich weil er zu früh ausgegangen wäre, Schwäche desselben gezeigt haben. Zu gleicher Zeit sei der Kranke sehr reizbar und heftig geworden, dann auch unordentlich, schwachsinnig, unsauber. Seit $^1/_4$ Jahr habe sie Lähmung der Blase und der unteren Extremitäten bei ihm bemerkt, er sei schwankend gegangen, habe unter sich gewassert. Aetiologisch ist zu bemerken, dass er Schnapstrinker ist.

St. pr. Der ziemlich abgemagerte Kranke ist sehr demens, beantwortet alle Fragen gleichmässig mit ja, giebt ganz verkehrte Auskunft, sagt z. B. dass er guten Appetit habe, während er sehr wenig ist. Nachts ist er häufig sehr unruhig, giebt aber Morgens an, ganz gut geschlafen zu haben. Die linke Pupille ist etwas enger als die rechte, die Zunge wird ziemlich grade herausgestreckt der Händedruck ist kräftig Die Sensibilität erscheint nicht abgestumpft.
Das linke Bein ist etwas voluminöser als das rechte, die Tarsalknochen desselben sind an der Innenseite nach unten ausgebogen.

Der Kranke geht sehr schlecht, schwankt ausserordentlich, muss sich anhalten; der Gang ist, besonders stark mit dem linken Beine, stampfend.

Patient lässt Harn und Stuhl unter sich.

13. Juli. Nachdem er bis jetzt sehr unruhig gewesen, seine Bettdecke fortgeworfen, sich in andere Betten gelegt u. s w., ist er seit einigen Tagen ruhiger geworden und liegt oft längere Zeit in beständigem Schlummer.

---

*) Es heisst in dem Original-Sections-Protocoll: am Halstheile erschienen die Hinterstränge in geringer Ausdehnung und undeutich grau degenerirt, l. c. steht „nur undeutlich," ein wennschon kleiner, doch nicht zu übersehender Unterschied.

**) Da in den letzten Jahren dem Rückenmark der Paralytiker überall sorgfältiges Interesse gewidmet wird, zweifle ich nicht, dass auch die Erfahrung anderer Anstalten die unsere bestätigen wird.

Dieser Zustand hielt, unterbrochen von einzelnen Perioden, in denen der Kranke wieder unruhiger war, Zeug zerriss u. s. w., bis Februar 1866 an, wo die Frau ihn auf Urlaub mitnahm. Er wurde aber alsbald zurückgebracht, da er bei dem gringsten Widerspruch heftig wurde. Er klagte jetzt über Schmerzen in den Beinen. Der Appetit blieb gering, intercurrent trat Durchfall auf.

27. Februar. Gestern Abend Erbrechen, in der Nacht und heute Morgen wiederholte Krämpfe. In der krampffreien Zeit liegt er soporös, mit dem Gesicht nach links. Die Pupillen sind beide weit aber ungleich, indem die rechte verzogen und noch weiter ist als die linke. Der Puls ist frequent, dabei Temperaturerhöhung. Schluckbeschwerden.

Dieser Anfall ging nach einigen Tagen vorüber, der Patient verfiel aber, wenn schon sehr allmählig, der Appetit nahm immer mehr ab, die Schwäche zu, es stellte sich Decubitus ein und am 14. September 1866 starb der Kranke.

Section. Rückenmark. Die Hinterstränge des Rückenmarkes im Brusttheil grau degenerirt, Schädeldach compact, Sagittalnaht grossentheils verwachsen, nach Innen stark hineinragend. Der obere und hintere Theil des sinus longitud. ist mit einem älteren, wandständigem Gerinnsel von bräunlicher Farbe erfüllt; beiderseits starke pacchionische Granulationen, von dunkeln Blutgerinnseln umhüllt. Weiche Meningen stark ödematös, lassen sich glatt abziehen; die Hirnwindungen sind schmal, das Gehirn zähe, die Ventrikel sehr weit, das Ependym stark granulirt. Das Gehirn wiegt 1125 gramme.

Die rechte Lunge ist in ganzer Ausdehnung verwachsen, klein, überall lufthaltig. Linke Lunge im Unterlappen luftleer, durchweg infiltrirt, rothgranitfarbig, auf dem Durchschnitt mit Eiterpunkten dazwischen.

Herz gross mit stark verdickten Wandungen, ohne Klappenfehler.

Milz klein, schlaff, sehr zähe.

Leber ohne wesentliche Abnormität.

Nieren stark atrophisch mit sehr weiten Becken, stark ausgedehnten Ureteren, Kapseln glatt abziehbar.

Harnblase contrahirt, mit dicker Wandung und einem Divertikel, das etwa eine Daumenspitze in sich aufnimmt.

Magen und Darm ohne besondere Veränderung.

Linke Torsalknochen nach unten subluxirt.

Die Section erwies eine reiche Auswahl pathologischer Veränderungen, offenbar ältere und frischere.

Zu jenen gehören die Ueberreste einer alten Pleuritis dextra, die Nierenschrumpfung mit der consecutiven Herzhypertrophie und wohl auch die Subluxation der Tarsalknochen.

Zu den frischeren (d. h. der letzten Erkrankung angehörigen) Veränderungen rechne ich die graue Degeneration und die Hirnatrophie.

In welche Zeit die Sinusthrombose fällt, ob sie dem Lebensende des Patienten oder einer früheren Zeit (etwa den epileptischen Anfällen vom Februar 1866) entspricht, wage ich nicht zu entscheiden. Alt war sie jedenfalls nicht, da die Blutgerinnsel bräunlich gefärbt

waren, ob sie Symptome gemacht, muss dahingestellt bleiben, man möchte daran zweifeln, da nicht auch Venen thrombosirt gefunden sind.

Die Symptome des Hirn- und Rückenmarksleidens sind gleichzeitig und nebeneinander aufgetreten.

Merkwürdig ist der Beginn derselben mit einem Erysipelas pedis sinistri. Handelte es sich hier um die Affection von Gefässnerven gleich den später zu erwähnenden Zosterfällen? Beachtenswerth ist auch die stärkere Affection der einen (linken) untern Extremität, eine Beobachtung, die man nicht selten bei Tabikern macht, und die leicht zu diagnostischen Irrthümern Veranlassung giebt.

III. Beobachtung.

Paralyse von 6¼ Jahr Dauer, beginnend mit Gedächtnissschwäche, Gehstörungen, später Schwindel-Anfälle, endlich häufige epileptiforme Convulsionen, Schwachsinn, zuweilen mit Grössenideen. Tuberkulose. Section. Atrophie der Hirnwindungen. Graue Degeneration der Hinterstränge Tuberkulosis pulm., hep., intest., perit. etc

Eduard B., 46 Jahr alt, Besitzer einer Eisengiesserei, wurde am 10. August 1862 aufgenommen. Patient hat sich vordem einer vortrefflichen Gesundheit erfreut und im Besitz nicht gewöhnlicher Verstandeskräfte befunden. In seinem 14. Lebensjahre hat er beim Begräbniss seines Vaters einen mehrstündigen Ohnmachtsanfall gehabt, sonst wissen seine Angehörigen nichts von nervösen Beschwerden des Patienten; ebensowenig soll in seiner Familie hereditaere Anlage sein (doch ist eine Nichte später melancholisch geworden). Vor 4 Jahren hatte Patient viel Urinbeschwerden, es zeigten sich Harngries und kleine Steine, auch hustete Patient sehr viel. Etwa 2 Jahre später fiel es auf, dass sein Gedächtniss bedeutend schwächer geworden, er musste sich jede Kleinigkeit notiren; um diese Zeit fing er auch an, seine Bücher nicht mehr mit gewohnter Ordnung zu führen. Vor 1½ Jahren stellten sich wiederholt Schwindelanfälle ein, die Patient folgendermassen beschreibt: es seien Ringe vor den Augen aufgetreten, der Mund habe sich unter Zuckungen verzogen und er habe das Sprachvermögen verloren.

In letzter Zeit trat die Dementia stärker hervor, der Kranke machte sich durch ungeziemendes, oft ohne alle Veranlassung in Toben übergehendes heftiges Benehmen in Gesellschaften unmöglich, er traf ganz verkehrte Anordnungen, machte unsinnige Einkäufe.

St. pr. Der Kranke, ein nur kleiner, wenig kräftiger Mann, ist ausserordentlich verwirrt, geschwätzig, wobei er seiner Umgebung eine Menge Familiengeheimnisse mittheilt. Bald erklärt er sich für vollkommen gesund und verlangt heftig seine Entlassung, bald hat er unendlich lange Klagen über allerlei Kleinigkeiten (süsser Geschmack im Munde, Zusammenlaufen des Speichels u. s. w.), die er sich aufnotirt, um sie bei der Visite vorzutragen, andere Male trägt er wieder grosse Projekte vor, will die grossen Holz-Tribünen auf der Rennkoppel mit einem System eiserner Röhren gegen Feuersgefahr überziehen u. dgl. Seine Handschrift ist fest, ohne alle Spur von Zittern, dagegen macht er sehr viel orthographische Fehler. Patient hat eine Entzündung mit Abscessbildung am Ballen der linken grossen Zehe und fiebert in Folge dessen etwas, übrigens isst er stark trotz weissbelegter

Zunge. Stuhlgang auf senna. Ueber den Gang des Kranken findet sich nichts bemerkt; aus einer von ihm verfassten Notiz erhellt, dass er damals schmerzhafte Zuckungen in der Muskulatur der Oberschenkel und Waden hatte. Ausserdem steht es fest, dass der Kranke zugleich mit der Zeit, in der die Gedächtnissschwäche begann, darüber klagte, dass er im Dunkeln nicht gut gehen könne, oft stolpern müsse, „dass es ihm zuweilen sei, als habe er Pelzstiefeln an."

26. August. Hypochondrische Klagen über sein Befinden (er habe Schleim auf der Brust, nur ein Mal täglich Stuhlgang), meist verlangt er heftig seine Entlassung. Schwatzt über allerlei tolle Projekte, wobei er aus dem Hundersten in's Tausendste kommt.

6. September. Seit circa einer Woche ist Patient ruhiger und ordentlicher, hat auch nichts von seinen Projekten geäussert. Der Kranke wurde am 12. September von den Seinigen auf Urlaub nach Hause genommen. Am 30. September stellte er sich dem Arzt vor. Er sah wohler, corpulenter aus, klagte aber über Gedankenschwäche und dass er leicht müde werde. So hat er mehrere Jahre in seiner Familie zugebracht; unfähig zum Geschäft, wurde er immer schwachsinniger, und zahlreiche Krampfanfälle hinterliessen jedesmal Zunahme der Schwäche. Als wieder nach einem solchen Anfall sehr heftige Tobsucht eintrat, musste er auf die Irrenstation gebracht werden (11 Januar 1866). Auch hier tobte er fort, liess den Urin unter sich, stotterte stark, zitterte beim Gehen, war überhaupt sehr schwach auf den Beinen. Patient erscheint kurzluftig, hüstelt, fiebert Als Ursache dieser Symptome erweist die physikalische Untersuchung auf der rechten Lunge oben Dämpfung und hauchendes Athmen. Das Toben liess nach, doch war Patient besonders Nachts oft nicht im Bett zu halten, wanderte umher, sagte, „er läge zwischen Feuer."

Temperatur:	7.	Januar	M.	—	Ab.	39,4.	
	15.	„	„	38,6	„	39,6.	Puls 100.
	16.	„	„	38	„	38,6.	
	17.	„	„	38	„	38,5.	
	18.	„	„	38	„	38,3.	
	19.	„	„	37,4	„	38.	
Sank heute Morgen ohn-	20.	„	„	36,4	„	38,4.	
mächtig zusammen.	21.	„	„	37,9	„	38,4.	Schläft besser.
	22.	„	„	37,8	„	—	

Nachdem Patient sich mehrere Tage ruhig verhalten, kam er am 31. Januar nach Friedrichsberg. Hier wurde am 10. Februar constatirt, dass der Kranke, wenn man ihm die Augen schliessen liess, alsbald in's Schwanken gerieth und — meist nach vorn — hinstürzte. Die Bewegungen bei offenen Augen wurden noch ziemlich kräftig, obschon steif und hölzern gemacht (kein characteristischer Tabesgang). Die Geschichte des Kranken besteht von nun an hauptsächlich in der Aufzählung einer Reihe von convulsivischen epileptischen Anfällen, bei denen er die Besinnung verlor, Zuckungen im Gesicht und in den Extremitäten hatte — und zwar beiderseitig — und sich häufig in die Zunge biss; die Anfälle dauerten bald nur $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, meist aber folgte stundenlang Anfall auf Anfall, so dass sie zuweilen 10 bis 12 Stunden andauerten. Nach den Anfällen war er bald Tage lang soporös, — selbst wenn er wieder aufgestanden war, wusste er seinen Namen nicht, verkannte seine nächsten Angehörigen —, bald wieder war er sehr erregt, — sprach viel, aber mit sehr verlangsamter und schleppender Sprache.

Die Temperatur war während der Anfälle nicht oder nur unbedeutend erhöht, zuweilen selbst erniedrigt.

Anfälle 1866. 11. Februar Abends, 12. Februar Morgens (2 Bisswunden am rechten Zungenrande. Temperatur 37,6, Abends 37,2), 7. Mai, 8. Mai, (Zunge stark zerbissen), 9. Mai, 10. Mai (Temperatur: 7. Mai Morgens —, Abends 37, 8. Mai 36,8, Abends 36,9, 9. Mai Morgens 36,4, hingegen am 12. Mai Abends 38,6, 13. Mai Abends 38,4, beides krampffreie Tage), 12. Juni (2 Kopfwunden durch den Fall), 1. Juli, 20. Juli ($3\frac{1}{2}$ — 5 Uhr Morgens), 21. August ($10\frac{1}{4}$ — $10\frac{3}{4}$ Uhr Morgens, 1—$5\frac{3}{4}$ Uhr Nachmittags), 11. August ($11\frac{1}{2}$—$11\frac{3}{4}$, $12\frac{1}{2}$—1 Uhr Mittags), 18. Aug., 5. September, 16. September, 22. September, 5. October (3 Stunden andauernd, Temperatur 38), 28. November, 2. December, 18. December. — Ausserdem ist noch Folgendes zu bemerken: Im Juni trat am os sacrum ein sehr tiefer decubitus auf, der sich zwar reinigte, aller angewandten Mittel ohngeachtet aber nicht heilte. Zeitweise schielte Patient (nach innen), andere Male hielt er Tage lang den Urin an, so dass er auf ein Mal 3000 Cubik - Centimeter Harn liess. Von dem Beginn des Jahres 1867 an nahm der Kranke immer mehr ab. Am 23. Januar hatte er eine Reihe convulsivischer Anfälle (Temperatur danach 38,4), am 29. Januar 4 intensive Anfälle. Er blieb hierauf längere Zeit unruhig, benommen, ängstlich, stiess den Wärter von sich, zerriss sein Zeug. Dabei war er beständig unrein und musste gefüttert werden, da er die Hand nicht ordentlich zum Munde führen konnte. Am 3. März hatte Patient eine Reihe von Convulsionen, nach denen er sich nicht mehr erholte; er blieb ganz soporös mit sehr kleinem frequenten Pulse (120), Rasseln auf den Lungen. Am 20. März starb er, nachdem noch am 15. leichte Convulsionen eingetreten waren.

Section. 10 Stunden p. m. Stark abgemagerter Körper. Tiefer Decubitus am Hintern, der auf eine rauhe Stelle des Kreuzbeins führte. Schädeldach in der Mitte der Sagittalnaht hoch vorspringend, an dem rechten Scheitelbein nach hinten von der Mitte, eine kleine Exostose von Schillingsgrösse. Gehirn. Dura normal. Die weichen Hirnhäute ödematös, lassen sich leicht abziehen. Die Hirnwindungen sind zum Theil schmal, höckrig auf der Oberfläche. Das Gehirn ist zähe, blutarm. Ependym granulirt, namentlich im 4. Ventrikel, letzterer von einem Blutgerinnsel erfüllt, das noch durch den Aquaeduct. Sylvii bis zum 3. Ventrikel reicht und nach unten bis zur Cauda equina das Rückenmark umgiebt. An letzterer (cauda) findet sich auch ein farbloses Gerinnsel von Bohnengrösse. Hirnarterien wenig atheromatös. Das Hirn wiegt 1140 Gr. An der Basis eine Menge Blutgerinnsel.

Die linke Lunge stark verwachsen. In der Spitze alte käsige Knoten und kleinere graue Knötchen in narbigem pigmentirtem Gewebe; weiter herab und im Unterlappen frischere Knötchen von gallertigem Aussehen.

Rechte Lunge desgleichen, Alles in verstärktem Maasse; dabei im Oberlappen Cavernenbildung. Herz normal. Leber ausgedehnt angewachsen und von einer frischeren Exsudatmembran überzogen, die von einer Unmasse miliarer Tuberkeln durchsetzt ist, ebenso die Milz. Beide Organe ziemlich gross. Gallenblase ausgedehnt, enthält bräunliche Galle mit vielen bis kirschsteingrossen höckrigen Gallensteinen. Beide Nieren ziemlich gross. Rechte Niere mit einem Paar kleinen und grösseren Cysten in der Corticalsubstanz und einem Paar hirsekorngrossen gelben Knötchen und Einziehungen auf der Oberfläche. Die Kapsel lässt sich glatt abziehen. Linke Niere ebenfalls mit Einziehungen und einzelnen Knötchen.

Das Netz und der Darmüberzug von Tuberkeln übersäet. Unmittelbar über der Valvula Bauhini ein thalergrosses tubercul. Geschwür.

Harnblase gefüllt.

Die Untersuchung des Hirns ergab eine grosse Anzahl amyloider Körper, die deutliche Jodreaction zeigten.

An den Gefässen weder Kern-Wucherung noch Saum.

Die Ganglienzellen deutlich, in den tiefern Schichten pigmentreich.

Das Rückenmark zeigt ausgedehnte Trübung der pia in ihrem hintern Theil. Die Hinterstränge durchweg grau gallertig entartet. Das Präparat wurde nicht frisch weiter untersucht.

Queerschnitte des in Cr. O^3 erhärteten Marks zeigten eine sehr bedeutende Verminderung der Nervenröhren in den Hintersträngen.

Ausser diesen 2 Fällen, bei denen die Autopsie eine Bestätigung der zu Lebzeiten gestellten Diagnose gab, kamen noch 2 andere Fälle vor, in denen eine graue Degeneration des Rückenmarkes vermuthet, aber nicht anatomisch constatirt werden konnte.

Dem einen dieser Fälle hat Herr Professor L. Meyer seine besondere Aufmerksamkeit zugewendet und beschränke ich mich daher hier auf die Notiz, dass es ein unzweifelhafter Tabesfall war, bei dem Characteränderung und wohl auch Schwachsinn gleichzeitig mit den Rückenmarkssymptomen auftraten. Der Kranke starb in seinem Hause, eine Section wurde nicht gestattet.

Der andere Fall ist der Gegenstand der

IV. Beobachtung.

Langjährige Character-Eigenthümlichkeiten, seit 7 Jahren stetig zunehmende Dementia und Alcoholmissbrauch. Seit 1 Jahr Krämpfe, seit ½ Jahr Störung des Ganges. Sehr heftige Schmerzen, sehr verminderte Gebrauchsfähigkeit, herabgesetzte Sensibilität und Tastempfindung der unteren Extremitäten. Fast täglich epileptiforme Anfälle mit eigenthümlichen Gehörshallucinationen. Insuffic. valv. mitralis?

Caroline M., 35 Jahr alt, Maurermeistersfrau, wurde am 2. September 1867 aufgenommen und am 10. November e. a. ungeheilt entlassen.

Anamnese. Pat. ist ein uneheliches Kind, worüber sie sich stets gegrämt hat. Sie ist seit 14 Jahren verheirathet, hat 3 lebende Kinder, 3 Mal unreife Geburten gehabt, in den letzten Jahren jeden 2—4. Monat abortirt.

Schon zur Zeit, als ihr Mann sie kennen lernte, hatte sie mancherlei Eigenthümlichkeiten, besonders erinnerlich ist ihm eine Aversion gegen die Zahlen 3 und 7. Gab man ihr 3 Stücke von einer ihr angenehmen Sache, so warf sie dieselben fort.

Im Uebrigen hatte sie einen hellen Verstand und gute Kenntnisse, so dass sie ihrem Manne bei seinen Berechnungen helfen konnte. Er schildert sie aus dieser Zeit als eine „vortreffliche Hausfrau."

Vor 7 Jahren traten ihre Sonderbarkeiten stärker hervor, sie bezahlte für eine und dieselbe Sache oft 2 und 3 Mal, obschon sie wusste, dass sie betrogen wurde,

hielt Zeug, welches der Wind fortgeweht, deswegen nicht mehr für ihr Eigenthum u. s. w.

Vor $5^1/_2$ Jahren, nach der Geburt ihres jüngsten Sohnes, sagte sie, „es sei nicht ihr Kind, das sei ein Judenkind, denn es habe schwarze Haare." Die Kranke wurde jetzt immer verwirrter, vergesslicher, gedankenschwächer und begann sehr stark zu trinken.

Vor 1 Jahr traten, zuerst im Theater, Krämpfe auf (die Angaben lauten widersprechend, denn ein anderes Mal hatte der Mann diese als erst $^1/_4$ Jahr dauernd angegeben), vor 3 Monaten wurden Störungen des Ganges bemerkt. Seit $^1/_2$ Jahre endlich stellt sich allmorgentliches Erbrechen ein (Alcoholwirkung?).

Drei Mal hat sie Tentamina suicidii gemacht, ein Mal mit Phosphor, ein Mal indem sie den Kopf in eine Badewanne steckte, zum dritten Mal durch Aufhängen (hier fand man sie halbentseelt durch einen glücklichen Zufall noch auf).

Am 2. September 1867 wurde sie mit einem ausgesprochenen delirium tremens dem Krankenhause übergeben, sie hatte lebhafte Gesichts- und Gehörshallucinationen, tobte stark, der Puls war klein und frequent.

Unter Portweingebrauch erholte sich die Kranke wieder und schlief, ihr altes Hirnleiden trat aber deutlicher hervor.

St. pr. Die Kranke ist eine mässig grosse, gut genährte Person mit rothen Wangen und normal gefärbten Schleimhäuten.

Im Gesicht sind Lähmungs-Erscheinungen nicht nachweisbar (als sie in's Krankenhaus gebracht wurde, soll sie mit dem rechten Auge geschielt haben), die Sprache normal, der Händedruck beiderseits schwach, der Gang ist schlecht, unsicher, schwankend, auch wenn sie im Bette liegt, vermag Pat. die Beine nur wenig zu heben, dabei ist das rechte Bein noch schwächer als das linke. Die Kranke hat sehr heftige reissende Schmerzen in den Beinen, so dass sie öfter vor Schmerz aufschreit und oft vor Schmerzen nicht schlafen kann.

Dagegen ist die Sensibilität — gegen Nadelstiche — sehr herabgesetzt, die Tastempfindungen ausserordentlich undeutlich, das Gefühl für Temperaturdifferenzen scheint etwas besser erhalten. (Bei der grossen Dementia der Kranken ist die Untersuchung zu unsicher, als dass es nützte, die genauen Zahlen-Angaben in extenso mitzutheilen.)

Die Herzdämpfung beginnt nach links in der Mitte des sternum, der Spitzenstoss liegt im 5. Intercostalraum in der Mamillarlinie. Man hört überall auf dem Herzen ein systolisches Geräusch, besonders deutlich und laut am linken Sternal-Rande. Der zweite Pulmonalton ist accentuirt. In den Carotiden ein systolisches Geräusch. Die Kranke ist sehr demens, doch äussert sich diese dementia für gewöhnlich nur wenig, da die Pat sich still verhält. Fragt man sie aber nach Alter, Zeit etc., so erhält man ganz falsche Antworten, auch ist sie oft unrein.

Fast alltäglich hat Pat. einen oder mehrere epileptische Anfälle. Sie fängt dann plötzlich zu jammern an: ihre Kinder würden gepeinigt, geprügelt, sie hört die Schläge und das Weinen der Kinder, jammert und stöhnt deshalb selbst. Das Jammern lässt nach. Die Kranke liegt mit geschlossenen Augen, starr ausgestreckten Händen und Füssen, die Daumen werden eingeschlagen, die Respiration wird keuchend und Schaum tritt vor den Mund. Nach einigen Minuten kommen stossweise Zuckungen (gewaltsame Extensionen) der obern und untern Extremitäten, worauf der Anfall mit einigen tiefen Inspirationen endet.

Nie wurde ein Initialschrei oder Zuckungen im Gesicht bemerkt. Die Zunge soll sie sich früher öfter zerbissen haben.

Der Zustand blieb ohne alle Veränderung bis zu ihrer Entlassung.

Die nachfolgende Tabelle giebt die Zahl der convulsivischen Anfälle in 24 Stunden, bis 9 Uhr Morgens des entsprechenden Datums (m Morgens, pm Nachmittags, a Abends, n Nachts).

September	23.	24.	25.	26.	27.	29.
	1 a	1 a	1 a	1 a	2	2

October	2.	3.	8.	9.	12.	13.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
	2	5 (3 pm, 2 a)	1	2	1	1	2	1 a	3	1	2	2

„	23.	24.	25.	26.	27.	28.	30.	31.
	3	1	1	4	1	6 (1 a, 3 n, 2 m)	3	4

November	1.	2.	3.	4.	5.	6.	8.	9.	10.
	2	4	4 (1 a, 2 n, 1 m)	2	3	4	3	8	2

Als die Kranke aufgenommen wurde, dachte ich zuerst an eine in multiplen Heerden auftretende Erkrankung wie Sclerose, Syphilis und Cysticerci. Gegen die beiden letzteren spricht die Anamnese, wie auch auf der Haut, an den Knochen etc. keine auf Syphilis zu deutende Symptome und unter der Haut keine Geschwülste (cysticerci) auffindbar waren.

Auch der Vergleich mit den mir bekannten Sclerosefällen ergab keinen Anhalt, namentlich sind die lange Jahre andauernden Vorläufer der Geistesstörung und deren Entwickelung ungewöhnlich.

Die Diagnose wurde daher später auf graue Degeneration des Rückenmarks, verbunden mit einem Hirnleiden, gestellt.

Eine solche Combination gewährte auch der folgende, vor Kurzem zur Section gelangte Fall.

V. Beobachtung.

Vor 7 Jahren epileptische Krämpfe? Vor 2 Jahren Beginn der Erkrankung mit Characteränderung, Schwäche der Beine. Verschlimmerung durch ein puerperium. Dementia, tentamina suicidii. Schwindel-Anfälle. Häufige Schmerzen in den Füssen. Schwäche der Hände, Facialähmung. Section. Graue Degeneration der Seiten- und Hinterstränge des Rückenmarkes. Abnorme Festigkeit des Gehirns.

Meta Adelheid P., aus Bintwisch, Frau eines Reepschlägers in Moorburg, 38 Jahr alt, wurde am 27. März 1867 in's allgemeine Krankenhaus aufgenommen und alsbald nach Friedrichsberg transferirt. Am 17. März 1868 kam sie in die Siechenstation, auf welcher sie am 17. August starb.

Anamnese. Pat. scheint früher, als Dienstmädchen, einen ziemlich leichtsinnigen Lebenswandel geführt zu haben und hat ein uneheliches Kind geboren. Vor mehreren (circa 7 Jahren) hat sie epileptiforme (hysterische?) Anfälle gehabt, von

denen sie sich aber vollständig erholte. Sie verheirathete sich dann, lebte in glücklicher Ehe und stand ihrem Hauswesen mit Umsicht vor.

Seit 2 Jahren bemerkte der Ehemann eine Veränderung ihres Wesens, sie wurde zänkisch, reizbar und gerieth oft bei der unbedeutendsten Veranlassung in äusserste Wuth.

Zugleich nahm aber auch, ohne dass ein Schlaganfall oder dergleichen eingetreten wäre, die Kraft der Füsse ganz allmählig ab, der Gang wurde schwankend, taumelnd. Die Kranke hatte oft heftige Schmerzen in den untern Extremitäten.

In diese Zeit fällt eine Gravidität und 1/2 Jahr vor ihrer Aufnahme eine Zwillingsgeburt. Seitdem hat Pat. sich sehr verschlimmert, sie war oft ausserordentlich traurig, besonders als das eine der Kinder starb, drohte sich das Leben zu nehmen; zu anderen Zeiten war sie wieder ängstlich besorgt „man wolle sie morden,“ „ihr eigener Mann suche sie zu erwürgen.“

Sie sah Thiere und schwarze Gestalten um sich.

Sie konnte dem Hauswesen nicht mehr vorstehen, zur Schwäche der Beine gesellte sich Incontinentia urinae, oft auch alvi, und da zugleich die Dementia stetig zunahm, wurde die Frau dem Krankenhause übergeben.

Die Kranke ist von über Mittelgrösse, dabei wenig kräftiger Musculatur, im Gesicht besteht keine eigentliche Lähmung, nur ist die Sprache sehr verlangsamt und schleppend, wodurch das redselige und in Folge der Dementia äusserst weitschweifige Wesen der Pat. doppelt ermüdend wird. Die Pupillen sind gleich, mässig weit, die Sehkraft des linken Auges angeblich geschwächt, ohne dass die ophthalmoscopische Untersuchung eine Abnormität ergeben hätte.

Der Händedruck ist sehr schwach, ohne Verschiedenheit der beiden Seiten, die Kranke kann sich nicht das Kleid zumachen, nicht nähen oder stricken, obschon sie dazu Lust hat und es verschiedentlich versucht. Der Gang ist sehr unsicher, schwankend, taumelnd. Will man sie still stehen lassen, so geräth sie sofort in solches Schwanken, dass eine Untersuchung, wie sie sich bei geschlossenen Augen verhält, resultatlos ist. Im Bette liegend, kann sie die Füsse nur wenig von der Unterlage aufheben. Sie hat beständig Reissen, Schmerzen in den Beinen und das Gefühl ihrer grossen Schwäche.

Die Sensibilität scheint vermindert zu sein.

Pat. kann den Urin nicht zurückhalten, oft, weil sie das Bedürfniss nicht empfindet, oft, weil sie nicht schnell genug das Nachtgeschirr erreichen kann. Der Urin enthielt kein Eiweiss.

Wechselnd ist auch die incontinentia alvi, die anfangs nur ab und an auftritt.

Der Character der Kranken ist sehr änderlich, bald freundlich, entgegenkommend, je sogar unmotivirt heiter, andere Male argwöhnisch, reizbar, zänkisch. Dann meint sie, die Andern thäten ihr Alles zum Schabernack, zögen ihr Zeug an, beschimpften sie, lachten über ihr Unglück, „der Teufel habe ihr Kind geholt“ und Aehnliches.

Der Appetit ist gut, Schlaf vorhanden. Am Herzen und den Lungen keine Abnormitäten aufzufinden.

In den nächsten Tagen klagte sie oft über Kopfschmerzen, die anfallsweise auftraten und über schnell zunehmende Schmerzen in Händen und Füssen. Ab und an traten Schwindelanfälle ein, bei denen es der Kranken plötzlich schwarz vor den Augen wurde, sie allen Halt verlor und hinstürzte. Der ganze Anfall

verlief jedesmal so schnell, dass man kaum sagen konnte, sie habe das Bewusstsein verloren.

Zuckungen sind dabei nie beobachtet worden.

12. Juni 1867. Der Appetit der Kranken hat ab-, die Reizbarkeit und üble Laune sehr zugenommen, die Schwindel-Anfälle häufen sich.

24. Juni. Die Anfälle treten jetzt so oft ein, dass die Kranke das Bett hüten oder am Arme einer Wärterin gehen muss (Kali jodat 0,9 pro die).

Im August bemerkte man eine Lähmung des rechten facialis, die bald sehr vollständig wurde.

Am 17. August stellten sich zum ersten Male seit 1 Jahre die Menses ein; bis Ende des Jahres änderte sich wenig. Ein Brief, den Pat. damals schrieb, ist unzusammenhängend, falsch unterschrieben (Metta statt Meta) und dahinter kommt als Postscript eine lange Anzahl Verse.

Im Januar 1868 stürzte sie bei einem Schwindel-Anfall hin und klagte seitdem öfter über Schmerz in der linken Thoraxhälfte, ohne dass sich an derselben etwas auffinden liess.

Ende Februar und Anfang März besserte sie sich etwas, wenigstens wurden die Schwindel-Anfälle seltener. Aber die Lähmung der Beine nahm der Art zu, dass sie auch nur wenige Schritte nicht mehr gehen konnte, sondern getragen werden musste.

In diesem traurigen Zustande wurde sie der Siechenstation übergeben.

29. Juli. Pat. ist in letzter Zeit bedeutend schwächer und magerer geworden, die Augen liegen tief, das Kreuz ist so schwach, dass sie nicht mehr aufsitzen, sondern nur noch liegen kann.

Die Schmerzen in den Füssen wurden so stark, dass sie die Kranke nicht einschlafen liessen und nur beständige Morphiuminjectionen Linderung, doch keinen Schlaf brachten.

Uvula und Zunge weichen nach rechts ab, die Pupillen sind gleich. Die Hände sind so schwach, dass Pat. sich gar nicht mehr beschäftigen kann.

Zu all diesen Leiden hatte die Unglückliche sich noch eine Verbrennung in der linken Hüftgegend zugezogen.

Bald lag sie sich auf dem Kreuzbein durch, sie fieberte, hatte wiederholte Schüttelfröste mit starker Temperatur-Erhöhung. Sie war relativ verständiger, wusste, dass sie sterben würde, beklagte sich über die Lieblosigkeit ihres Mannes, der sie nicht besuchte. Die Schmerzen in den Beinen verliessen sie nicht. Am 17. August starb sie.

Section 9 Stunden p. m. Starker Decubitus. Ziemlich starkes Fettpolster. Allgemeine Blutarmuth.

Schädeldach dick, schwer. Dura mater gut. Im Sinus ein geringes Fibringerinnsel. Zarte Hirnhäute ödematös, lassen sich glatt abziehen. Grosshirnwindungen, hinten namentlich, ziemlich schmal. Gehirn auffallend zähe, stellenweise förmlich knorpelartig anzufühlen, aber makroskopisch ohne auffallende Veränderung. Kleinhirn weniger zähe. Das Gehirn wiegt 1105 gramme.

Linke Lunge mit vielen keilförmigen Infiltrationen; der Unterlappen ist fast ganz luftleer, die Pleura stellenweise mit einer gelblichen Exsudatmembran bedeckt. Im Unterlappen der rechten Lunge ebenfalls einige Keile. In den Bronchien eitriges Secret, die Schleimhaut injicirt. — Oberlappen gut.

Herz ohne besondere Abnormität.

Leberschnittfläche ziemlich gleichmässig bräunlich. — Fettstreifen an der Messerklinge. In der Gallenblase wenig grünliche Galle.

Milz weich, klein.

Nieren gross; die Kapsel lässt sich nicht glatt abziehen.

Peritoneum des Beckens mit vielen kleinen schwarzpigmentirten Stellen.

Uteruskörper stark nach rechts gedrängt. S romanum und rectum mit Koth gefüllt. Genitalien, Harnblase und Verdauungscanal übrigens ohne auffallende Abnormität.

Rückenmark. Die weichen Häute in grosser Ausdehnung getrübt, stark verdickt. Bei der Autopsie wurde sofort eine graue, gallertige Degeneration an den Rückenmarkssträngen bemerkt, die am erhärteten Präparate folgendes Verhalten zeigte: (Die degenerirten Stellen sind makroskopisch durch ihr grauweisses Aussehen kenntlich.) Die Degeneration beginnt im Cervicaltheil in einem Theil der Hinterstränge, der in der Mitte zwischen der incisura posterior und den Hinterhörnern liegt. Die degenerirte Parthie hat auf dem Querschnitt ein unregelmässiges dreieckiges Aussehn, die Spitze des Dreiecks erreicht kaum die Mitte zwischen äusserer Peripherie und Centralkanal. Die Degeneration nimmt schnell an Umfang zu, so dass im obersten Brusttheil fast die ganze Breite der Hinterstränge erkrankt ist, nur ein schmaler Saum an der Peripherie längs der Hinterhörner und die an die commissura post. gränzende Parthie bleibt frei.

Zugleich zeigt sich aber ein ähnlicher Keil grauer Degeneration an den Seitensträngen vom unteren Halstheil an, auch hier die Hinterhörner und die Gegend des Centralkanal nicht erreichend.

Im mittleren Brusttheil hat die Degeneration den grössten Umfang, da bei dem schon beschriebenen Umfang der Veränderung in den Hintersträngen zugleich von den Seitensträngen der grösste Theil erkrankt ist und nur die Parthie längs der Hinterhörner frei bleibt.

Von da ab nimmt die Veränderung wieder schnell ab, im untersten Brusttheil sind die Hinterstränge wieder nur in der Mitte zwischen Hinterhörnern und incisura post. erkrankt, von den Seitensträngen ist nur ein kleines Stück afficirt, und in der Lenden-Anschwellung ist weder makroskopisch noch mikroskopisch eine Veränderung mehr nachzuweisen.

Die Veränderung zeigte den gewöhnlichen Befund der grauen Degeneration mit sehr bedeutendem Schwund der Nervenfasern, an deren Stelle ein fasriges Bindegewebe mit sehr zahlreichen Kernen getreten war.

Die Ursache der eigenthümlichen Veränderung, Consistenz-Vermehrung, des Gehirns konnte ich bei Untersuchung desselben, das in Spiritus aufbewahrt war, nicht auffinden.

Bevor wir diese Beobachtungen mit denen, die Westphal gesammelt hat, vergleichen und die mit Tabes dorsualis verbundenen Geistesstörungen zu würdigen suchen, scheint es mir nicht ungeeignet, zunächst von der dementia paralytica abzusehen und vorher die Verbindungen einer andern chronischen Erkrankung, der Tuberkulose, mit dem Symptomencomplex der Geistesstörungen nach ihren verschiedenen Formen und Zeit des Auftretens durchzumustern. Wir werden dadurch nicht nur vor dem Irrthum geschützt werden, als der grauen Rücken-

marks-Degeneration eigenthümlich solche Symptome anzusehen, welche sie mit mehreren chronischen Krankheiten gemeinsam hat, sondern die Betrachtung dieser schon oft besprochenen Krankheits - Verbindung wird für die uns jetzt beschäftigende, weit weniger bekannte, Anknüpfungspunkte und bedeutsame Analogieen bieten.

Geistesstörungen treten häufig gegen das Ende schon längere Zeit bestehender Tuberkulosen auf und gehen dann bald vorüber oder dauern bis an den tödtlichen Ausgang. Die erstere Reihe pflegt man als Erschöpfungskrankheit aufzufassen, während die zweite bald ähnlichen Gründen (verminderter Ernährung, Erschöpfung durch Fieber und Eiterung) zugeschrieben werden muss, bald von der Localisirung der Krankheit im Gehirn und seinen Häuten (meningitis tuberculosa, Tuberkeln im Hirn), zuweilen auch von einer finalen Pachymeningitis abhängt.

Andere Male fällt die Geistesstörung in den Beginn der Tuberkulose, diese in ihrem ganzen Verlaufe begleitend oder zurücktretend, während die Tuberkulose ihre Entwickelungsstadien durchmacht. Man kann hier nicht die Erschöpfung als Ursache beschuldigen, sondern muss die veränderte Ernährung, die quantitativ und qualitativ eine andere gewordene Blutbeschaffenheit als veranlassendes Moment ansehen. In Ausnahmefällen können auch schon frühzeitig Neubildungen in der Schädelhöhle die Geistesstörungen hervorrufen. Sehr selten sind die Fälle, in denen Tuberkulose und Geistesstörung gleichzeitig auftreten und bis zu Ende neben einander ausharren.

Nicht selten hingegen erkranken auch schon lange Zeit Geisteskranke an Tuberkulose; diese und Carcinose bilden die Todesursache der meisten an vieljährigen Geistesstörungen, insbesondere Verrücktheit, leidenden Kranken.

Die ebengenannte chronische Krankheit, die Carcinose, zeigt eine Erscheinung, welche bei der Tuberkulose nur selten auftritt, dagegen fast allen übrigen chronischen constitutionellen Erkrankungen zukommt.*) Die Intelligenz der Kranken ist meistens abgestumpft, sie werden leicht benommen, stupide, theilnahmslos. Die Erklärung dieser Thatsachen bietet keine so bedeutenden Schwierigkeiten: die herabgesetzte Ernährung, die durch die Erkrankung gesetzte Behinderung in der freien Bewegung, die vorzugsweise die Aufmerksamkeit der

*) Bei der Tuberkulose tritt vielleicht die Temperatur-Erhöhung und der Reiz des CO^2 reicheren Blutes dem entgegen.

Kranken in Anspruch nehmenden schmerzhaften Perceptionen, tragen gleichzeitig dazu bei.*)

Kommt nun noch hinzu, dass dem Gehirn direct die Möglichkeit entzogen wird, die normale Anzahl von Erregungen zu empfangen, wie dies durch den Untergang einer grossen Zahl von Nervenröhren bei der grauen Degeneration bewirkt wird, so darf es uns kein Wunder nehmen, dass bei der tabes dorsualis jene Dementia auffallender hervortritt.

In 6 Jahren habe ich eine nicht unbedeutende Anzahl Tabiker zu beobachten Gelegenheit gehabt und alle machten auf mich den Eindruck einer mässigen dementia.

Freilich, wenn man die Krankengeschichten medicinischer Abtheilungen liest, wird man selten Derartiges bemerkt finden, man darf aber nie vergessen, wie wenig Mittel man dort zur Prüfung des Quantums von Verstandeskräften hat, und muss eingedenk sein, wie selbst die Irren-Anstalten oft genug Leute als geheilt entlassen, die erst im bürgerlichen Leben zeigen, wie demens sie sind, so dass es als irrenärztliche Regel gilt, dass erst das Verhalten des Kranken ausserhalb der Anstalt den Prüfstein für eine Heilung abgiebt. An einen im Hospitale liegenden Kranken treten auch nur mässig complicirte Fragen, wie das Leben sie stündlich bietet, nicht heran. Wenn er sich ruhig verhält, die ihm vorgelegten einfachen Fragen nach Alter, Befinden u. s. w. nicht falsch beantwortet und etwaige Wahnideen nicht laut äussert, heisst es, die Intelligenz sei intact geblieben. Beachtet man aber den stumpfen Blick, die Theilnahmlosigkeit gegen ihre Umgebung, die groben Täuschungen über ihren eigenen Zustand, den geringen Eindruck, den selbst grössere Unglücksfälle und bedeutsame Ereignisse auf sie machen, das geringe Bedürfniss nach Beschäftigung und Abwechselung, das solche Kranke empfinden, die doch jahrelang in den Krankensälen herumvegetiren müssen; fasst man dies Alles zusammen, so wird man über das Intactbleiben der Intelligenz eine andere Meinung gewinnen.

Ein an und für sich unwesentlicher, für die irrenärztliche Bezeichnung aber höchst bedeutsamer Unterschied zwischen dieser dementia bei Tabes und der ähnlichen bei andern Krankheiten muss darin liegen, dass bei der ersteren die Geistesschwäche sofort als dementia cum paralysi auftritt, da die Spinalaffection selber die Paralyse bedingt.

---

*) Tritt diese dementia nicht ein, so bemächtigt sich häufig der Kranken tiefe Melancholie, wie ich z. B. 2 Selbstmorde bei Carcinoma ventriculi sah.

Grade diejenigen also, die in der dementia paralytica eine Krankheit sui generis sehen, doch also wohl eine auf bestimmte gleichmässige anatomische Veränderungen, sei es nur im Hirn, sei es im Hirn und Rückenmark beruhende, müssen sich wohl hüten, solche Erkrankungen, die in den späteren Verlauf einer grauen Degeneration fallen, als dementia paralytica anzusehen, ein Bedenken, das auf unsere Anschauungsweise über dementia paralytica keine Anwendung findet.

Wie aus diesen Betrachtungen zu ersehen, wird die mit tabes dorsualis verbundene Dementia nicht immer auf gleiche Weise zu erklären sein, und wir müssen hier zunächst folgende verschiedene Kategorien ausscheiden.

I. Können Geistesstörungen, zum Theil von dem ausgesprochenen Character des paralytischen Irreseins als Folge einer finalen Pachymeningitis haemorrhagica auftreten.

Wir haben schon bei Gelegenheit des tuberkulösen Irreseins auf die als Enderkrankung zur Tuberkulose sich gesellende Entzündung der harten Hirnhaut hingewiesen. Es ist diese eine Begleiterin fast aller langwierigen Krankheiten, ich habe dieselbe ausser bei Tuberkulösen auch in Fällen von Carcinose, chronischen Knochen- und Gelenkkrankheiten, Leukaemie, Herzfehlern gesehen — warum nicht also auch bei grauer Degeneration des Rückenmarks?

Unter den bis jetzt mitgetheilten Fällen findet sich freilich kein in diese Kategorie zu rechnender, dass dieselbe aber keine rein hypothetisch construirte ist, beweist nachfolgender Fall.

VI. Beobachtung.

Paraplegie von halbjähriger Dauer. Delirien kurz vor dem Tode. Section. Graue Degeneration der Hinterstränge. Pachimeningitis. Hirnatrophie. Becken-Abscess.

J. A. K., 75 Jahr alt, aus Hamburg, wurde am 9. Juli 1868 aufgenommen und starb am 28. desselben Monats.

Patient, der früher nie besonders krank gewesen sein will, giebt an, seit einem halben Jahre eine Abnahme in der Gebrauchsfähigkeit der unteren Extremitäten bemerkt zu haben, die sich jetzt zur vollständigen Lähmung derselben ausgebildet habe. Zugleich soll seit einiger Zeit Lähmung der Blase eingetreten sein, der Urin tropft allmählig ab, ist trübe und etwas übelriechend. Der Stuhl ist angehalten. Der Appetit gering. Patient ist stark abgemagert und marastisch.

27. Juli. Pat, der sich bis jetzt ziemlich gut befunden, beginnt zu phantasiren, geniesst nichts, ist ganz verwirrt und stirbt am folgenden Tage.

Section (20 Stundfn p. m.). Mässig abgemagerter Körper, welke Haut.

Schädel blutreich, mit der dura mater vielfach verwachsen; am Stirnbein ziemlich starke Hyperostose der inneren Glastafel, die innere Fläche der dura

mater ist mit der arachnoidea durch frische, leicht trennbare Bindegewebsstränge verklebt, die mit vielen Gefässwucherungen versehen sind. In der falx eine grosse Knochenplatte. Die Spuren der Pachymeningitis fanden sich in sämmtlichen Schädelgruben in höherem oder geringerem Maasse.

Arachnoidea stark getrübt, viel Serum unter derselben, Gehirnwindungen der Oberfläche etwas atrophisch, Ventrikel nicht viel Wasser enthaltend, etwas erweitert, Ependym verdichtet und granulirt.

Pia mater und Hirnsubstanz von gewöhnlichem Blutreichthum.

Herz ziemlich mit Fett bewachsen, Klappen ohne Veränderung.

Lungen grossblasig, nach hinten blutreich, etwas serös infiltrirt.

An beiden Lungenspitzen eine nicht beträchtliche blaugraue Verdichtung des Gewebes.

Milz sehr klein, schlaff, dunkel, weich. Leber klein, blass, mässig blutreich.

Beide Nierenbecken etwas erweitert, Schleimhaut derselben injicirt, stellenweise mit croupösem Exsudat bedeckt, von einzelnen Nierenpapillen aus erstreckt sich eine Vereiterung des Nierenparenchyms bis an die Oberfläche; allgemein war die Corticalsubstanz mit trübem Serum infiltrirt und blutreich.

Magen und Darmkanal ohne besondere Veränderung.

Das Becken-Peritoneum war an der rechten Seite mit der Serosa des rectums verklebt, beim Lösen zeigte sich zwischen Blase und Rectum das Peritoneum zerstört und das unterliegende Zellgewebe verjaucht, das Zellgewebe am Blasenhalse und die Prostata waren in einen missfarbigen Eiterheerd verwandelt, welcher mit der Blase nicht communicirte. Blasenschleimhaut mässig aufgelockert, etwas schwarzgrau gefärbt, Rectum unversehrt, ebenso die Knochen der Beckenhöhle.

In der Höhle des Rückenmarkes wenig Flüssigkeit, an den Häuten keine besondere Veränderung. Im unteren Theile des Rückenmarks oberhalb der cauda equina hatten die hinteren Stränge ein durchscheinendes graues Aeussere und eine etwas zähe Beschaffenheit. Diese Veränderung verlor sich mehr oberhalb allmählig.

Der Fall ist complicirt und möglicherweise hat die Pachymeningitis zugleich mit nicht beachteter dementia etwas länger schon bestanden. Der Umstand dass erst kurze Zeit vor dem Tode Delirien auftraten, spricht aber für eine frische Erkrankung.

Nach dem, was ich bei anderen Krankheiten gesehen, ist diese finale Pachymeningitis äusserst schwer zu erkennen, da dieselbe keine scharf hervortretende Symptome macht. Kopfschmerz, etwas Unruhe, besonders Nachts, grössere Benommenheit und — worauf ich besonders zu achten pflege – verengte Pupillen, dazu meist „stilles Vorsichhin-Phantasiren", nach einzelnen Beobachtungen auch Temperatur-Erhöhung, pflegen den Verlauf der Erkrankung zu characterisiren. Da in den spätern Stadien der tabes die Pupillen ohnehin dem Maximum der Enge nahe zu kommen pflegen, fällt gerade bei dieser ein wesentliches Symptom fort.

Zuweilen machen solche complicirende Pachymeningitiden so wenig Symptome, dass man auf dieselben gar nicht achtet, wie in der nachfolgenden.

VII. Beobachtung.

Vor 2 Jahren Abnahme der Kraft der unteren Extremitäten. Besserung. Recidiv in ½ Jahr tödtlich endend unter Symptomen der Nierenvereiterung. Section. Pachymeningitis der Basis, graue Degeneration der Hinterstränge mit sulziger Infiltration der pia spinalis. Pyelo-nephritis. Abscedirung des Zellgewebes um die Blase. Pleuritis. Lungeninfarct.

G. J. A. L., 37jähriger Arbeiter aus Hamburg, rcp. 5. September, gestorben 22. October 1864.

Patient ist schon vor 2 Jahren an Symptomen, die auf ein Rückenmarksleiden deuteten, behandelt worden und damals so gebessert entlassen, dass er fast die ganze Zeit arbeitsfähig war. Erst vor 6—8 Wochen bemerkte er wieder zunehmende Schwäche in den Beinen nebst Anästhesie in den Füssen und Abnahme des Muskelgefühls, ausserdem besteht geringe Ptosis des rechten Augenlids (von Jugend an) und Erweiterung der linken Pupille; der Händedruck ist beiderseitig gleich kräftig, die Zunge deviirt etwas nach links. Es scheint sowohl Lähmung des detrusor wie des sphincter vesicae zu bestehen; der sphincter ani soll normal functioniren. Pat. geht mit von einander gespreizten Beinen, verliert bei geschlossenen Augen sofort das Gleichgewicht. Im Sitzen vermag er den Unterschenkel ohne Mühe von sich zu strecken. Schmerzen werden nirgends empfunden, äusserlich sind keine Abnormitäten an der Wirbelsäule zu entdecken, irgend welche Ursache der Erkrankung weiss Patient nicht anzugeben.

Der abtropfende Urin ist trübe, der mit dem Katheter entnommene dagegen klar, ohne Eiweiss, in geringem Grade schlecht riechend.

Die Unterleibsorgane sonst ohne Abnormität, die Herztöne rein.

10. October. Urin stark eiterhaltig und stinkend. Der sphincter ani vollständig gelähmt.

Patient collabirt sichtlich.

18. October. Stat. idem. Anästhesie beider unteren Extremitäten bis zur Inguinalfalte; Decubitus gangraenosus; Tod.

Section. Abgemagerter Körper. Grosses gangränöses Ulcus auf dem os sacr. Im Kanal der dura mater spinalis eine mässige Menge Wasser. Unter der pia der hintern Fläche des Rückenmarks sulziges Exsudat. Injection derselben nur mässig stark. Die hintern Stränge von der cauda equina ab bis in die Nähe der Pars cervicalis im Zustande der gelatinösen grauen Entartung. Innere Schädeltafel stark verdickt mit tiefen Gefässfurchen. Arachnoidea getrübt, viel Serum unter derselben. Auf beiden mittleren und hinteren Schädelgruben rostfarbene Niederschläge auf der Dura. Pia und Hirnsubstanz mässig blutreich. Die Ventrikel sind ausgedehnt, ihr Ependym stark granulirt. Marksubstanz zähe. Linke Lunge etwas grossblasig, nach hinten serös infiltrirt. Im linken Pleurasack eine mässige Quantität frischen Exsudats mit Compression eines Theils des unteren Lappens. Am unteren Rande des oberen linken Lappens ein kleiner Infarct, theilweise zerfallen, mit einer Blutgerinnung in einem kleinen Aste der Lungenarterie. Das Herz schlaff, klein; Klappen nicht sclerosirt. Milz schlaff, von Fäulniss ergriffen. Leber von gewöhnlicher Grösse, zeigte einige Fäulnissspuren, sonst keine wesentliche Structurveränderungen. Das Zellgewebe am mons veneris unter den Bauchmuskeln in der Umgebung der Blase eitrig zerfallen. Beide Nieren fluctuirend. Ureteren und Nierenbecken stark ausgedehnt, mit trübem Urin gefüllt. Croupöse Niederschläge auf einzelnen Parthien. In der Marksubstanz viele Eiterheerde.

Corticalsubstanz weich, mit trübem Serum infiltrirt. Die Blase mit purulentem Urin gefüllt. Die Schleimhaut machte viele Divertikel durch die Muscularis. Das Zellgewebe des Vertex war eitrig infiltrirt. Magen und Darm ohne wesentliche Veränderung.

Auch in diesem Falle finden wir unter den mannigfachen krankhaften Veränderungen, welche die graue Degeneration cmpliciren, eine Pachymeningitis, die sich als rostfarbener Niederschlag kund giebt. Diese Pachymeningitis ist aber so latent verlaufen, die etwa durch sie verursachten Symptome verschwanden so vollständig zwischen den andern, die Tabes und das Nierenleiden scheinen so gänzlich die Aufmerksamkeit auf sich gelenkt zu haben, dass wir im Journal keinen Anhalt für die Bestimmung des Eintritts der Pachymeningitis finden.

II. Ein anderer Theil der im spätern Verlauf der tabes auftretenden und dieselbe bis an das letale Ende begleitenden Geistesstörungen entspricht den sogenannten Inanitions - Erkrankungen bei andern chronischen Leiden, insbesondere der Tuberculose.

Ob diese Erkrankungen wirklich nur von der Inanition abzuleiten, ob nicht auch die Veränderung der Innervation, welche durch den Mituntergang der in dem zerstörten Parenchym enthaltenen Nerven bedingt ist, mit in Anschlag zu bringen, ist dabei für die Deutung insofern nicht ganz gleichgültig, als das letztere gerade bei der tabes in erhöhtem Maasse zutrifft. Dieselbe unterscheidet sich von der Mehrzahl der chronischen Erkrankungen durch ihren meist ausserordentlich langsamen Verlauf, demgemäss auch die concomitirende Geistesstörung länger anhält als bei den übrigen.

Unwesentlich ist es dabei, ob die Geistesstörung in Form einer Tobsucht oder hypochondrischen Verstimmung oder mit Grössenwahnideen auftritt; letztere sind oft genug einfach Symptome tobsüchtiger Erregung in der Verwirrtheit, kommen jedenfalls auch ohne alle Spuren von Lähmung bei langjährig Verrückten vor und sind auch von mir bei Tuberkulose gesehen worden.*) Die euphorische Stimmung findet sich ja überdies bei letzterer so gewöhnlich, dass sie vielfach in die allgemeine Symptomatologie der Tuberkulose mit aufgenommen wird.

Ich habe aber auch schon oben darauf hingewiesen, dass gerade bei Tabikern jede Geistesstörung den Eindruck der dementia paraly-

*) Tuberkulose und Geistesstörung. Berliner kl. Wochenschrift 1866.

tica machen muss, weil eine gewisse Stumpfheit fast stets vorhanden ist und die Lähmung durch die Rückenmarks-Affection bedingt ist.

Ein viel wichtigerer Unterschied scheint darin zu bestehen, dass es Fälle von Geistesstörung nach Tabes giebt in denen Lähmungssymptome im Gesichte, insbesondere der Sprache auftreten, denn bei den Inanitions-Geistesstörungen anderer Krankheiten findet man dergleichen nicht.

Man darf jedoch nicht übersehen, dass häufig zum Symptomencomplex der grauen Degeneration Lähmungen im Gebiete der Hirn-Nerven zutreten, auch ohne dass eine ausgesprochene Geistesstörung vorhanden ist. Die Amblyopie der Tabiker, das häufige Vorkommen von Diplopie ist bekannt, ebenso die, obschon seltene, graue Degeneration einzelner Hirnnerven. So in dem Falle aus der Frerichsschen Klinik (Westphal Nr. 7), in welchem Wangenlähmung, lallende Sprache und Amblyopie lange vor dem Eintreten der tiefen Stupidität auftreten — wie lange eine mässige dementia schon bestanden, war allerdings nicht genau festzustellen — und ebenso war es in der nachfolgenden Beobachtung, bei der ebenfalls das Anstossen der Zunge dem Auftreten psychischer Symptome lange vorherging und die letzteren vermuthlich der Inanition angehören. Fasst man nur die in den letzten Wochen bemerkte deutliche melancholische Verwirrtheit als Geistesstörung auf, so kann man dies Symptom sogar als Fieberdelirium, ansehen, abhängig von dem decubitus in der Pyaemie und man hätte damit eine neue Kategorie für Tabesfälle mit Geistesstörung.

VIII. Beobachtung.

Krankheit von 5jähriger Dauer. Parese der untern Extremitäten, incontinentia urinae, später Lähmung der Arme, Sprachstörung. Diplopie. Parese des linken Trigeminus. Gelinde Dementia, zuletzt grosse Verwirrtheit. Section. Graue Degeneration der Hinterstränge, des linken Trigemin. und der N. N. optici.

Johann Heinr. Nicolaus H., aus Kötel bei Trittau, 40 Jahr alt, Arbeitsmann, aufgenommen den 10. Mai 1861.

Patient kann seit ungefähr einem Jahre nicht mehr so gut gehen als früher, hat Ameisenlaufen in Armen und Beinen, Gefühl von Spannung um den Leib. Keine Schmerzen im Rücken, das Gefühl in den Beinen ist noch vollkommen erhalten. Patient kann noch allein gehen aber schlecht. Anfangs konnte er sein Wasser nicht gut halten (incontinentia urinae), jetzt kann er es nicht gut lassen (ischuria). Oeffnung normal. Zunge feucht, wenig belegt, Appetit gut. Patient hatte vor 16 Jahren Bubonen an beiden Seiten, von denen noch die Narben zu sehen sind.

3. Juni. Pat. klagt heute über Frost, Uebelkeit, hat seit 2 Tagen Durchfall.

4. Juni. Pat. fühlt sich besser. Durchfall besteht noch.

5. Juni. Pat. fiebert wieder etwas, ist übel, kommt aber nicht zum Erbrechen.

8. Juni. Pat. hat keinen Anfall wieder gehabt. Durchfall vorbei.

24. Juni. Pat. fühlt, dass er seine Arme nicht mehr so gut brauchen kann als früher, stösst beim Sprechen etwas mit der Zunge an.

20. Juli. Pat. klagt über beständiges Ziehen in den Armen und Beinen.

28. Juli. Ziehen, Spannung im Gesicht, Schleier vor den Augen, besonders vor dem linken, subjective Lichterscheinungen, Hitzegefühl.

29. Juli. Ohne Besserung nach Schröpfköpfen.

2. August. Kribbeln, Jucken in der Haut und Muskeln.

4. August Fortdauernd Kribbeln im Gesicht, Händen.

8. August. Alle Ableitungen und Narcotica vergeblich gegen dieses Kribbeln.

25. August. Pat. kann die Lippen beim Sprechen nicht mehr so gut bewegen, besonders auf der linken Seite. Der rechte Arm ist schwächer als der linke.

27. October. Schmerzen im Kopfe seit einigen Tagen. Zunge rein. Appetit gut. Puls mässig 80.

Pat. wird langsam schwächer, kann nicht meht allein gehen, selbst wenn er sich anfässt.

30. October. Noch Kopfweh. Seit ungefähr 1 Monat Doppeltsehen. Das rechte Auge weicht etwas nach aussen.

31. October. Kein Kopfweh mehr. Doppeltsehen noch ebenso (hirud. ad ocul.).

6. November. Erysipelas um die Blutegelstiche.

10. November. Erysipelas verschwunden. Doppeltsehen noch ebenso.

16. November. Mässige Anästhesie der linken Wange, besonders der Gegend zwischen Ohr und Auge. Pat. hat auch auf der linken Seite im Munde weniges Gefühl, bekommt die Schleimhaut der linken Wange beim Kauen leicht zwischen die Zähne.

15. December. Pat. leidet häufig an Kopfweh, das aber nach einigen Tagen immer wieder verschwindet.

28. December. Pat. bekommt Furunkeln am Gesäss, die mit Breiumschlägen erweicht und dann durch Incisionen geöffnet werden.

4. Januar 1862. Zustand unverändert. Es entstehen nach und nach immer mehr Furunkeln, die früheren heilen leicht.

20. März 1863. Diplopie. Ziehen und Sangern in der linken Seite. Ekzem und Pusteln an der linken Hand.

29. September. Gutes Befinden. Klagt über das Gefühl des Sangerns in den Fingern beider Hände. Diplopie dauert an.

19. November. Fortwährend das Gefühl der Taubheit in der ganzen linken Gesichtshälfte und den linksseitigen Extremitäten; auch die rechtsseitigen sollen, wenn gleich in geringerem Grade, dieselbe Empfindung bieten. Kein Kopfschmerz, Appetit gut. Stuhl regelmässig. Urinexcretion zuweilen erschwert; Pat. muss häufig lange drängen, ehe er zum Uriniren gelangen kann.

In dieser Zeit habe ich den Kranken oft gesehen. Er war psychisch verhältnissmässig wenig afficirt, doch schien er etwas demens zu sein. Er kam auf die Siechenstation, wo sich sein Zustand wenig änderte. Die Intensität der Trigeminus-Affection war verschieden stark, die Diplopie schwand zuweilen ganz.

Im November 1864 kam er von Neuem auf den Krankensaal wegen Decubitus mit Fieber. Am os sacrum zeigte sich eine handtellergrosse Debubitusstelle. Pat. hatte beständig Fieber mit uregelmässigen pyämischen Frostanfällen.

Beständig klagte er über heftige Schmerzen im Rücken, in den Extremitäten,

oberen wie unteren, dabei ist er bald erregt, bald melancholisch, stets ganz verwirrt. Er kann gut schlucken, isst wenig. Die Urin-Excretion ist behindert. Fieber und Verwirrtheit hielten bis zum Tode (8. November 1864, Morgens 9 Uhr) an.

Temparatur:

		M.	A.
November	3.	—	38,8
„	4.	39,8	39,2
„	5.	39,2	40,8
„	6.	40	39,8
„	7.	39,5	40,6.

Section. Kräftig gebauter, wenig abgemagerter Körper.

Schädeldach normal, an der Basis die Knochenvorsprünge stark entwickelt, theilweise wie spitze Dornen hervorragend, besonders die proc. jugulares.

Der Hirn-Anhang ganz zusammengesunken, atrophisch.

Die dura normal, die pia der Convexität wenig getrübt, die der Basis am Pons und den unteren Parthieen des kleinen Gehirns verdickt und getrübt.

Der peripherische Theil der Nervi optici ist grau durchscheinend, besonders stark links. Der linke Trigeminus ist platt, grau durchscheinend.

Die pia lässt sich ohne Substanzverlust vom Hirn abziehen. Die Gehirnsubstanz selbst ist ohne wesentliche Veränderung, die Ventrikel mässig weit, das Ependym stark granulirt.

Rückenmark. Im Sacke der dura spinalis eine mässige Menge Flüssigkeit. Die pia auf der hinteren Fläche stark getrübt, verdickt, mit Knorpelplättchen besetzt, stellenweise mit der dura verwachsen. Die Hinterstränge des Rückenmarks bis hinauf zum Cervicaltheil im Zustande gallertiger Atrophie.

Lungen theilweise angewachsen, mit einzelnen Tuberkelgruppen.

Herz gross, beide Hälften, besonders die rechte, erweitert. Klappen normal.

Aorta mit einigen sclerotischen, über das Niveau der gesunden Parthieen hervorragenden Flecken.

Leber. Oberfläche stellenweise wie narbig eingezogen, zum Theil mit, zum Theil ohne Verdickung der serosa, um dieselben herum feine zottige Bindegewebswucherungen und Ablagerungen schwarzen Pigments. Das Lebergewebe zeigte sich an diesen Stellen in mässiger Tiefe verödet, theilweise unter Bildung festen Bindegewebes. Sonst keine Veränderung.

Milz von normaler Grösse, prall, blass, mit einzelnen Blutaustritten.

Nieren. Kapsel nicht glatt abziehbar, Oberfläche höckrig mit einzelnen narbigen Einziehungen.

Magen und Darm normal.

Am penis keine deutliche Narbe, Hoden gesund, auch am Schlund nichts Abnormes.

Man sieht hieraus, wie frühzeitig die Tabes von Erscheinungen begleitet ist, die auch in das Bereich des Symptomencomplexes der dementia paralytica gehören und wie willkührlieh es ist, hier eine Grenze zu ziehen, dieses der Tabes, jenes der dementia zuweisen zu wollen.

Es trifft das Wort Westphal's*) über solche Versuche Duchenne's vollständig zu:

„Wenn er dabei die Frage discutirt, ob in solchen Fällen die Erscheinungen der ersten Periode der Duchenne'schen Ataxie (der sogenannten pér. céphalique), bestehend in Lähmungen einzelner Hirnnerven, der Ataxie oder der allgemeinen Paralyse zuzuschreiben sind, so schwebt eine solche Discussion gänzlich in der Luft und kann nie zu einem Resultate führen, da eben der Begriff der progressiven Bewegungs-Ataxie nur aus dem gleichzeitigen Vorkommen einzelner Symptome abgeleitet ist und auch der Begriff der allgemeinen Paralyse streng genommen nichts als ein, noch dazu sehr mangelhaft begrenzter Symptomencomplex ist. So erscheint die ganze von ihm angestellte Erörterung gleichsam nur als ein Permutationsspiel mit Symptomen und es wäre um so überflüssiger, ihm hierin zu folgen, als der Begriff der Bewegungs-Ataxie, wie ihn Duchenne aufgestellt, für uns bereits aufgehört hat zu existiren."

Es bedarf offenbar noch weiterer Untersuchungen der Kliniker und Anatomen, um festzustellen, ob nicht jede Tabes mit einer Hirn-Affection complicirt sei, von der eine Reihe von Symptomen, wie die période céphalique und die Erscheinungen in den Sinnesnerven abhängen. Diese Erkrankung ist aber aller Wahrscheinlichkeit nach verschieden von dem Hirnleiden, dessen Existenz wir annehmen müssen in

III. den Fällen, in welchen schwere Hirnsymptome gleichzeitig mit den tabischen auftreten und sie in ihrem ganzen Verlauf begleiten.

Die Hirnsymptome bestehen in Gedankenschwäche, stetig zunehmender dementia, häufig mit hypochondrischen, melancholischen oder Grössenwahnideen — oft allen drei abwechselnd im selben Falle — gepaart, undeutlicher Sprache, ungleichen Pupillen, epilepti- und apoplectiformen Anfällen, kurz, einer Reihe von Erscheinungen, die alle in den Symptomencomplex dementia paralytica untergebracht werden können.

Damit zugleich tritt Unsicherheit beim Gehen auf, zuerst im Dunkeln bemerkbar, dann Schwäche der Beine, stolpernder, häufig charakteristisch-tabischer Gang, Verminderung der Sensibilität und vor Allem deutlich ein Zunehmen aller Erscheinungen, insbesondere des Schwankens im Stehen, bei geschlossenen Augen.

*) Westphal XXI., pag. 407.

Die Beurtheilung dieser Combination ist ausserordentlich schwierig, um so mehr als die Kenntniss derselben jungen Datums ist, da wir sie der dritten Arbeit Westphal's (1867) verdanken. Unter seinen Beobachtungen mit Obduction gehört einer zweifellos (B), ein anderer sehr wahrschsinlich (C), und ausserdem ein nicht zur Autopsie gelangter (O) in diese Kategorie.

Dagegen sind von den oben mitgetheilten Fällen 3, in welchen tabische und Hirnsymptome gleichzeitig auftraten und die Section Gewissheit über den Zustand der grauen Degeneration gab (II, III, V).

Nicht unmöglich, dass der höchst interessante Fall A. (Nr 5) Westphal's ebenfalls hierher gehört, die Anfänge der Geistesstörung sind aber in demselben weniger genau beobachtet worden, als die der tabischen Symptome. Zudem war der Kranke ein sehr nervöses Individuum mit hereditärer Anlage, wodurch der Fall noch complicirter wird.

Betrachten wir den Hirnbefund in diesen Fällen (B, C, II, III, V), so zeigt sich vieles Gemeinsame:

Die dura war normal, die pia stellenweise getrübt, meist ödematös, nur in einem Falle (B) der Hirnrinde stellenweise adhärirend. Die Windungen waren stets schmal, ein Zustand von Hirn-Atrophie nachweisbar durch die Tiefe der Zwischenräume zwischen den gyris und der meist abnormen Ausdehnung der Ventrikel, deren Ependym verdickt war.

In unseren Fällen, in denen Hirnwägungen gemacht sind, betrug das Gewicht

bei II. 1125 }
bei III. 1140 } gramme,
bei V. 1105 }

Zahlen, die um so bedeutsamer sind', als die Gewichtsverminderung hauptsächlich auf Rechnung der Hemisphären kommt und überdies das specifische Gewicht vermuthlich erhöht war.

Da aber die Atrophie der Ausgang verschiedener Ernährungsstörungen und Erkrankungen des Gehirns ist, käme es darauf an, den die Atrophie verursachenden Process zu eruiren.

Hierfür scheint mir der Umstand von Bedeutung, dass nur in einem Falle (B) die Consistenz des Gehirns als eine normale angegeben wird, wobei zu beachten ist, dass die Krankheitsdauer nur ca. ¾ Jahr betrug und die Zeit der Autopsie nicht angegeben ist. In allen andern frühzeitig secirten Fällen war die Hirnsubstanz auffällig zähe, in einem derselben (V) sogar stellenweise knorpelhart. Den Process

der diese Consistenzvermehrung bedingt, habe ich bis jetzt vergeblich aufzufinden gesucht. In dem letzterwähnten Falle war das Gehirn in Spiritus gehärtet worden, und dabei dabei das Myelin in Form grosser, glänzender Kugeln und die Hirnfette in Gestalt von Nadeln und Platten so zahlreich abgeschieden, dass es mir nicht gelang, das Präparat davon zu befreien.

Bis man über diesen Prozess klar geworden, halte ich es für richtiger, die besprochenen Fälle als eine eigenthümliche Erkrankung aufzufassen, die man in Analogie der „dementia paralytica" als dementia tabica bezeichnen mag, wobei man jedoch stets beachten muss, dass unter dieser Bezeichnung nicht der gewöhnliche, jede tabes dorsualis in ihrem Verlaufe begleitende Schwachsinn mässigen Grades gemeint ist.

Wichtiger als der Name ist es jedenfalls, die Sache zu kennen und durch neue Beispiele und genaue Untersuchungen aufzuklären.

Wie man sieht, kommen wir hiermit zu der Anschauung zurück, welcher sich Westphal, allerdings für die erste und zweite unserer Kategorien, Anfangs zuneigt, um sie nach seinen späteren Erfahrungen aufzugeben, da er dann die Selbstständigkeit der grauen Atrophie läugnend, sie mit der chronischen (Körnchen-Zellen-) Myelitis in Verbindung brachte, und die Existenz der einen oder andern Art der Rückenmarks - Erkrankung bei jedem Falle von dementia paralytica annahm. Zu diesen Schlussfolgerungen wurde er geführt durch ein Material, dessen abnorme Beschaffenheit ich schon oben mit Zahlen belegt habe.

Wir werden später sehen, dass ebensowenig wie in 50 pCt. der Fälle graue Degeneration zugegen ist, die Gegenwart einer Körnchen-Zellen-Myelitis bei dementia paralytica eine constante Erscheinung ist.

Die Geistesstörung kann also im spätern Verlaufe der Tabes auftreten oder selbige von Anfang an begleiten. Es kann aber auch der Fall eintreten, dass

IV. Symptome von Geistesstörung Jahre lang den tabischen vorangehen.

Es gehört hierher wahrscheinlich Fall F Westphal's, unsere IV. Beobachtung (in der aber die Autopsie fehlt) und der Fall, welchen Kirn aus Illenau mitgetheilt hat.

Bei dieser kleinen Zahl halte ich es nicht für gerathen, schon jetzt Erklärungsversuche zu wagen, um so mehr, als eine grössere

Casuistik vermuthlich das Mittel an die Hand geben wird, nachzuweisen, dass verschiedene Ursachen hierbei thätig sein können.*)

Blicken wir noch einmal auf den Weg zurück, den unsere Darstellung bis hierher zurückgelegt hat.

Wir führten das Resultat, welches wir aus einer längeren Beobachtungs-Periode gezogen, vorweg an: dass wir in der dementia paralytica keine „Krankheit“ in dem allgemeinen gebräuchlichen Sinne des Wortes sehen, sondern einen von wahrscheinlich sehr verschiedenen Hirnerkrankungen abhängigen Symptomencomplex.

Wir konnten daher nicht von der dementia paralytica, sondern mussten von der tabes ausgehen, wenn wir das Verhältniss der beiden Erkrankungen betrachten wollten, denn der letzteren konnten wir den anatomischen Begriff der „grauen Degeneration der Hinterstränge“ substituiren.

Wir erinnerten uns der mannigfachen Störungen der Geistesthätigkeit, welche mit den chronischen Krankheiten überhaupt verbunden sind. Wir sahen, dass in den späteren Stadien derselben theils anatomisch nachweisbare (Pachymeningitis), theils auf Ernährungs- und Innervationsstörungen beruhende Erkrankungen innerhalb der Schädelhöhle vorkommen und dass meist schon frühzeitig eine gewisse Geistesstumpfheit, ein mässiger Grad von Dementia eintritt. Wir suchten uns darüber klar zu werden, dass in Folge des letzteren Umstandes und der von der grauen Degeneration des Rückenmarkes abhängenden Lähmungen eine jede im Verlauf der Tabes dorsualis sich zeigende Geistesstörung unter den Erscheinungen einer sogenannten dementia paralytica auftreten muss. Wir sahen auch, dass zu schon mehrere Jahre andauernden Geisteskrankheiten sich die tabes hinzugesellen könne, mussten es jedoch bei dem geringen bis jetzt vorliegenden Materiale zweifelhaft lassen, ob hier ein ähnliches Verhältniss obwalte, wie bei der Tuberkulose, die sich auch oft zu lange bestehenden Psychosen gesellt, ohne dass man eine bestimmte Ursache dafür nachweisen kann.

Wir sahen aber, dass auch nach Ausscheidung dieser Arten von Geistesstörungen, die wir als denen bei andern Krankheiten analog auffassten, noch eine Anzahl von Kranken übrig bleibt, bei denen die Symptome der Tabes gleichzeitig mit denen einer intensiven Geistes-

*) Vergl. die interessante Epikrise Kirn's in obigem Falle, Zeitschrift für Psychiatrie XXV., Heft 1 und 2.

störung auftreten. Wir glaubten darin eine eigenthümliche mit der Tabes eng verbundene Affection erkennen zu müssen, ähnlich wie es wirklich tuberkulöses auf Entwickelung von Tuberkeln im Hirn und seinen Häuten beruhendes Irresein giebt. Wir halten uns nicht für berechtigt, diese Fälle mit den übrigen Beispielen der dementia paralytica zusammenzunehmen, wie Westphal es gethan, da wir seine Beobachtung, dass in allen Fällen von progressiver Paralyse das Rückenmark erkrankt sei, nicht bestätigen und demgemäss uns seinen Folgerungen nicht anschliessen konnten.

Wir wagten freilich nicht zu entscheiden, ob diesem „tabischen Irresein“ stets dieselbe Hirn - Erkrankung — unserer Erfahrung nach eine Sclerose mit consecutiver Atrophie — zu Grunde liege.

So sehen wir eine Reihe an sich verschiedener Erkrankungen unter der Form einer Verbindung von tabes dorsualis und Geistesstörung auftreten, bei deren Bearbeitung fortan klinische Medicin und Psychiatrie sich die Hand reichen müssen: jene, indem sie in den Fällen von Tabes ohne Irresein die Zustände der Hirnnerven, die Abnahme der Intelligenz genau prüft, diese, indem sie die Symptome der tabischen dementia feststellt.

Doch erst, wenn die pathologische Anatomie beiden hülfreich zur Seite steht, indem sie den Zustand des Gehirns bei der einen wie bei der andern Reihe von Fällen kennen lehrt, erst dann wird es gelingen, mit Sicherheit zu bestimmen, von welcher pathologischen Veränderung dieses oder jenes Symptom abhängt

---

XXXV.

Ueber
einen wenig bekannten psychopathischen Zustand.

Vortrag
gehalten in der Berliner Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft.*)

Von

W. Griesinger.

Meine Herren! Wenn ich nur angekündigt habe, dass ich über einen noch wenig bekannten psychopathischen Zustand sprechen möchte, so geschah dies nicht, um durch Hindeutung auf etwas überhaupt Unbekanntes Ihre Aufmerksamkeit zu spannen, sondern ich bin wirklich über die Bezeichnung, die diesem Zustande zu geben ist, noch nicht mit mir selbst im Reinen, werde im Verlaufe meiner Mittheilung allerdings eine Bezeichnung vorschlagen, möchte aber die verehrten Herren selbst ersuchen, mir bei diesem Unternehmen behülflich zu sein.

Es handelt sich um einen krankhaften Seelenzustand, den ich bis jetzt nie in einer Irrenanstalt, sondern nur bei Kranken, die sich noch frei im Leben bewegen, beobachtete, und immer mehr lerne ich die Quellen der Beobachtung schätzen, die uns für die Psychiatrie die Kranken gewähren, die wir nicht in den Irrenhäusern, sondern im gewöhnlichen Leben beobachten. Es ist wahr, dass wir bei diesen Kranken der gewöhnlichen Praxis weniger consequente und nicht die täglich und stündlich nach unserm Willen wiederholten Beobachtungen machen können, wie in den Krankenhäusern, und dass uns manche dieser Kranken zuweilen plötzlich aus den Augen kommen, wenn sie uns gerade anfangen am interessantesten zu werden. Aber andererseits haben wir bei ihnen den sehr grossen Vortheil, sie kommen selbst zu uns, um Hülfe zu suchen und sprechen sich als gebildete Leute — was

*) Nachgelassnes und für den Druck bestimmtes Manuscript. — Vergl. Sitzungsprotocoll der Medic.-Psychol. Gesellschaft vom 23. März 1868.

doch in psychologischen Dingen von grösstem Werthe ist — spontan aus, oft mit der grössten Ausführlichkeit, um uns ein richtiges Bild von dem psychischen Leiden, von dem sie geheilt zu sein wünschen, zu geben. Wir haben aber an diesen Kranken oft noch einen andern grossen Vortheil, dass wir leichtere Zustände psychischer Störung oder auch vielleicht sogar tief gehende Störungen, die aber doch eine freie Bewegung in der Welt noch gestatten, zur Beobachtung bekommen. Es wird überhaupt gegenüber der heutigen Psychiatrie, die fast ganz auf der Beobachtung der Irren in den Irrenhäusern basirt ist, wo sich der Kranke in einem, wenn auch oft seinen Zustand nothwendigen, doch immer künstlichen Medium befindet, Aufgabe der fortschreitenden Wissenschaft sein, den Kranken auch in der Freiheit, nicht modificirt durch diesen Einfluss, zu studiren, eine Aufgabe, die nirgends besser als in Gheel angegriffen werden könnte. Gerade in Betreff der einfachen Grundzustände, die so oft nur in den leichten Fällen noch rein hervortreten, werden von dieser Beobachtung tiefere Blicke in das Seelenleben zu hoffen sein.

So ist mir gerade die psychische Störung, die ich heute hier schildern will, nicht nur überhaupt noch nie vorgekommen, sondern ich kann sagen, dass ich unter den Kranken der Anstalten, die ich selbst beobachtet, auch nie etwas nur recht Analoges gefunden habe und auch aus der Literatur keinerlei Beschreibung dieses Zustandes kenne; nur eine gewisse Analogie, aber nur in ihrem Grundzustande, dürfte in Falret's sogenannter maladie du doute mit dem sich finden, was ich hier beschreiben werde.

Es sind nur drei Fälle, die ich meiner Schilderung des hier gemeinten pathologischen Zustandes unterlegen kann, und noch dazu sind zwei derselben nur ganz kurze, flüchtige Beobachtungen gewesen; sie dienten mehr dazu, mich auf die Sache aufmerksam zu machen. Aber nachdem ich, im ersten Falle im höchsten Grade frappirt durch die Eigenthümlichkeit der Aeusserung des Leidens aufmerksam gemacht war, konnte ich bei den beiden folgenden augenblicklich die Grundzüge der psychischen Störung wiedererkennen und im dritten, der sich noch jetzt in Berlin befindet, längere Zeit fort beobachten. Ueber ihn habe ich daher zahlreiche Noten, zum grössten Theil die verba ipsissima des Kranken enthaltend, über die beiden andern Fälle habe ich mir übrigens auch augenblicklich, nachdem ich sie gesehen, Noten gemacht, welche ich mit dem, was ich im Gedächtnisse behalten, Ihnen mittheilen werde.

Die erste dieser Kranken war eine gebildete Dame, die ich im

Herbst 1866 in einem hiesigen Hotel nur einmal sah, während sie auf der Flucht vor der Cholera war und mich eben sowohl wegen ihres psychischen Leidens consultirte als um Rath frug, wohin sie sich begeben sollte, um sich der Cholera zu entziehen. Leider kann ich mich nicht mehr entsinnen, mit welchem der hiesigen Herren Collegen ich die Kranke sah. Diese Dame, ungefähr in der Mitte der Schwangerschaft, war angeblich erst seit wenigen Wochen erkrankt; über die körperlichen Functionen habe ich mir damals Nichts aufgezeichnet, die Untersuchung muss wohl Nichts ergeben haben, nur auf den ersten Blick zeigte sich in den Gesichtszügen die äusserste Spannung und Unruhe. Kaum in das Zimmer getreten, bat sie mich dringend, ihr von „den Gedanken" und der steten Unruhe, die ihr diese verursachten, zu helfen. Die „Gedanken" bestehen in einem unablässigen innern Fragen nach dem Grunde für alles Mögliche, was sie umgiebt oder was ihr einfällt, in einem anhaltenden Wie? Warum? das sich fast an jede Vorstellung knüpft. Warum sitze ich hier? Warum gehen die Menschen herum? Wie geht überhaupt Alles zu in der Welt? Was bedeutet dieser Stuhl? In dieser Weise geht es unablässig in ihrem Kopfe weiter mit albernen Fragen, die stets einen theoretischen Character haben, die sich ganz zum Unterschiede von dem gewöhnlichen Verhalten der aufgeregten und unruhigen Delirien nicht im Allergeringsten auf ihre eigene Person beziehen, die nach ihrer eigenen Aussage sie auch nur dadurch so beunruhigen, dass sie immerfort nach der Lösung und Beantwortung dieser Frage suchen muss und sie nicht findet, ohne irgend welche der gewöhnlichen depressiven Angst-Empfindungen oder Gefühls - Belästigungen. In neuester Zeit hatte auch offenbar der Zustand der Schwangerschaft die Gedanken auf ein anderes Gebiet geleitet und eine neue Reihe stets zuströmender Fragen war in Fluss gekommen: Wie entstehen Menschen? Warum giebt es Menschen? Was ist ihre Bestimmung? etc. etc.

Stellen Sie sich dies nicht als ruhiges Nachsinnen über schlecht gestellte Fragen, wie es wohl bei dem Gesunden vorkommt, sondern als anhaltend sich aufdrängende, anhaltend ihr zuströmende Zwangsvorstellungen in Frageform vor, die beständig zum Aufsuchen einer Antwort drängen, welche unmöglich gegeben werden kann, welche beständig oberflächlich versucht wird, aber niemals befriedigt, worauf die Fragen immer weiter gehen. Ohne allen primären Affect ist die Kranke durch diese ihr zuvor ganz ungewohnte und zwangsweise die Vorstellungsthätigkeit in so grossem Umfange beanspruchende Fragesucht so aufgeregt, dass sie bald aufsteht, rastlos und händeringend

in der Stube herumgeht, das stete Bedürfniss hat von dem Leiden zu sprechen, mich flehentlich um Hülfe bittet und in der letzten Zeit fast gar nicht mehr schlief, womit eine weitere, sehr unerträgliche Complication geschaffen wurde. —

Die angegebenen Umstände brachten es mit sich, dass mir die Kranke, welche nur durch Berlin durchfuhr, sofort wieder aus dem Gesichtskreise verschwand; ich dachte noch lange an die sonderbare, noch nie in dieser Weise gesehene Störungsform, konnte aber nichts Weiteres aus ihr machen; der Fall diente nur dazu meine Aufmerksamkeit zu erregen. —

Den zweiten Fall sah ich erst im November 1867. Er betraf einen russischen Fürsten, 34 Jahre alt, von sehr „nervöser" Mutter abstammend; eigentliche Geisteskrankheiten in der Familie werden in Abrede gestellt. Er selbst hatte in der Kindheit und Jugend zwei schwere vollständige epileptische Anfälle gehabt, bis vor zwei Jahren hatte er auch sehr häufige leichte Schwindelanfälle von kurzer Dauer. Er hat früher starke Excesse gemacht und die Sexualorgane sind jetzt functionsunfähig; es besteht eine Strictur der Harnröhre, der linke Hode ist atrophisch, sonst die Theile gut gebildet. Seit circa 2 Jahren, etwa seit sich die Schwindelanfälle verloren haben, hat er die „Gedanken", wegen deren er Hülfe sucht. So oft nämlich seine Aufmerksamkeit nicht durch äussere Dinge ganz in Anspruch genommen ist, kommen ihm Vorstellungen, die sich auch wieder wesentlich um rein theoretisches Wie? und Warum? in verkehrter hier schon sehr absurder Weise drehen, wobei sich besonders noch das Warum an die Vorstellung der Grössendimensionen knüpft, die Frage nach dem Grunde, dass die Körper gerade so gross sein, sich häufig aufdrängt; z. B. der Kranke spricht mit Jemand, so kommt ihm der Gedanke: warum ist diese Person gerade so gross? Warum nicht so hoch wie das Zimmer? Wie kommt es, dass überhaupt die Menschen nur so gross sind, wie sie sind? Warum sind sie nicht so gross wie die Häuser? und dergl. Doch knüpfen sich ähnliche Fragen nach Grund und Ursache auch an viele andere Vorstellungen: seine Mütze liegt z. B. auf seinem rechten Schenkel, so kommt ihm der Gedanke: warum liegt sie nicht auf dem linken? — er legt sie auf den linken, so frägt es in ihm: warum nun nicht auf dem rechten? Oder es sind vollends ganz abstracte theoretische Fragen: Wie ist die Sonne beschaffen? Warum giebt es nicht zwei Sonnen und zwei Monde? etc. Die volle Absurdität dieser „Gedanken" sieht er klar ein; sie überfallen ihn aber stets auf's Neue, hängen sich an Alles, verlassen ihn oft lange nicht mehr, oft quält

ihn stundenlang eine und dieselbe der oben angeführten Fragen in steter lebhafter Neubildung auf's Aeusserste. Kommen sie, was oft der Fall ist, plötzlich, so erregen sie dem Kranken sowohl durch ihren absurden Inhalt, als durch die Gewalt, mit der sie auftreten, wahren Schrecken; sonst gehen sie durchaus ruhig und ohne die geringste nachweisbare affectionelle oder emotive Grundlage vor sich, namentlich findet sich nicht der geringste Angstzustand, aber allerdings beträchtliche Niedergeschlagenheit über den pathologischen Seelenzustand oft in Folge desselben. Eigenthümlich ist, dass besonders bei jedem Versuche zum Coitus die „Gedanken" sofort mit der grössten Macht auftreten; er glaubt, dass hierdurch die Vollziehung unmöglich werde, es tritt aber auch überhaupt keine Erection ein.

Für gewöhnlich erscheinen neben den Gedanken keine abnormen Sensationen; nur wenn sie sehr lange und quälend gewesen sind, behommt Patient Stechen auf dem Scheitel und in der Gegend der linken Brustwarze.

Der Kranke hat das Bedürfniss, ausführlich über seine Leiden zu sprechen, und wenn er nicht Personen findet, die dies in schonender und eingehender Weise mit ihm thun, findet er sich höchst unglücklich. Er reist meistens, geht viel aus; Geschäfte, Theater, Gesellschaft, Lectüre gewähren meistens für einige Zeit Erleichterung; aber sobald Patient dann wieder allein auf seinem Zimmer ist, kommen die Gedanken stark wieder; auch durch stärkeren Genuss geistiger Getränke konnte er schon die Gedanken verjagen, aber Alles wurde nachher um so schlimmer. Ich sah den Kranken viermal und entnehme diese Dinge aus den Unterhaltungen mit ihm; er war übrigens auf dem Wege nach Hause und hat ohne Zweifel meinen Rath einer Kaltwasserkur nicht befolgt.

Der dritte Fall endlich, den ich ausführlich beoachten konnte, ist ein junger Mann von 21 Jahren, seit einem halben Jahre in Berlin lebend. Er ist von mittlerer Grösse, proportionirt gebaut, ohne eigentliche Degenerationszeichen, mit dunkeln, kleinen Augen, difformen Ohren, schwarzem Haar, blasser Hautfarbe, aber gut gefärbten Lippen, meist niedergeschlagenem Gesichtsausdrucke; während der Conversation röthet sich das Gesicht. Die Mutter soll nervös sein, wenig Geräusch ertragen können und alle Jahre in's Seebad gehen. Im Uebrigen soll die Familie mit der gleich zu erwähnenden Ausnahme frei von Nervenkrankheiten sein. Photographieen von Eltern und Geschwistern, die ich sah, zeigten schöne und kräftige Menschen; es sollen auch durchaus sehr practische, brauchbare Leute sein. — Patient selbst soll in der

Schule leicht gelernt, namentlich mit Freude und Leichtigkeit sich mit schweren Rechenexempeln beschäftigt haben; er ist intelligent, spricht sich mit vieler Klarheit über sein Leiden aus, dieses hindert ihn nicht, in einem sehr lebhaften Geschäft thätig zu sein, er zeigt sich dort sehr brauchbar und Niemand hat eine Ahnung, dass ein pathologischer Seelenzustand bei ihm besteht. Der Kranke selbst schreibt sein Leiden einer übermässigen, vom zehnten Jahre an getriebenen Onanie zu, die er bis vor 1½ bis 2 Jahren fortsetzte. Es ist aber wohl zu bemerken, dass sein jüngerer Bruder an einem sehr ähnlichen Leiden gelitten hat; derselbe soll aber jetzt wieder ganz gesund sein. Patient hat wenig Umgang mit dem weiblichen Geschlechte gehabt; vor ½ Jahre eine Tripperansteckung ohne weitere Folgen.

Das Leiden begann vor 3 Jahren in einer Zeit, wo er in einem kleinen Städtchen in schlechter Nahrung, Wohnung und in steter Erregung durch schlechte Behandlung lebte.

Anfangs äusserte sich die Veränderung des Seelenzustandes als eine Art krankhafter Präcision, wie er es selbst nennt, als eine übertriebene, ihm früher fremde Sorgfalt bei Verrichtung irgend welcher Beschäftigung. In einer mir vorliegenden schriftlichen Schilderung des Leidens, von der Hand des Kranken selbst, sagt er hierüber: „Diese übertriebene Präcision entsprang einem gewissen Mangel an Selbstvertrauen und hat sich dieser erste Grad meiner Krankheit in einer ebenso langsamen als festen Weise eingeschlichen.“ Wenn er also z. B. einen Brief geschrieben hatte, durchlas er ihn wiederholt, um zu sehen, ob sicher kein Fehler darin sei, oder er musste, nachdem er eben den Schrank verschlossen, nochmals nachsehen, ob er auch sicher verschlossen sei etc. Bald darauf begann allmälig die bis heute fortdauernde psychologische Störung, welche Patient ganz gut als „Grübeln“ bezeichnet. „Mir fielen,“ sagt er, „unzählige Gegenstände auf, über die ich sinnen musste, und so sehr ich auch diese seltsamen Grübeleien zu bannen suchte, sie verfolgten mich fortwährend und verbittern mir nun bereits drei Jahre.“

Ueber die specielle Gestaltung dieses Leidens liegen mir nun eine Anzahl von Angaben des Kranken vor, die ich bei häufigen Gesprächen mit ihm unmittelbar nach den verbis ipsissimis niedergeschrieben habe und die ein ziemlich klares Bild dieses Zustandes geben.

Während der Kranke seine täglichen Geschäfte stets ganz ungestört verrichtet, in exactester Weise Waaren verkauft, Berechnungen macht, Geschäftsbriefe schreibt etc., während er in Gesellschaft von Freunden und Bekannten sich verhält wie jeder Andere und Niemand

ihm etwas anmerkt, ist er alle Tage ohne Ausnahme und gewöhnlich, so lange seine geistige Thätigkeit nicht eben durch die Geschäfte absorbirt ist, von den „Grübeleien“ erfüllt und belästigt. Eine Menge Dinge erscheinen ihm immer von der Seite des Wie? und des Warum? ihrer Existenz; es tauchen ihm Fragen auf, woher sie kommen, wie sie entstanden, was sie bedeuten, Fragen, auf die er sich keine Antwort geben kann, die sich eine aus der andern wickeln, die ein im hohen Grade quälendes und ermüdendes Nachdenken zu dem steten Versuche, sie zu beantworten, in Anspruch nehmen. Z. B. der Kranke sieht einen Wurm; es fällt ihm ein: wie mag der Wurm entstanden sein? Dies führt ihn weiter auf die Frage: wie sind überhaupt Würmer entstanden? wie ist die Schöpfung entstanden, wie der Schöpfer etc.? — Er sieht die Sterne; es fällt ihm ein: woher mögen sie gekommen sein? etc. „er möchte dies ergründen“ und „da sich ihm die Dinge nicht erschliessen“, erfüllt ihn diese unbefriedigte Forderung seines Geistes mit innerer Unzufriedenheit. — Eine Menge Dinge „kommen ihm wunderbar und unerklärlich vor“: die Sprache, wie ist sie entstanden? — Mann und Frau, warum giebt es solche? — Der Verstand, wie ist er entstanden? wo sitzt er? — Der Bau des Körpers, die Zeugung der Geschöpfe, die Existenz des Menschen überhaupt, wie kommt das Alles? wie ist es möglich, dass überhaupt der Mensch da ist? etc. „Das ganze Sein“ kommt ihm wunderbar vor, „die räthselhafte Genauheit, mit der sich die Natur gleich bleibt“, die „Unbegreiflichkeit der Schöpfung,“ die „Triebe des Menschen“, die „Entwickelung des Menschengeschlechts“, die „Abstammung des Menschen“ etc.; er „begreift die Existenz des Menschen nicht, weil er das ganze Sein nicht begreift“ etc.

So thut sich ihm alle Augenblicke „ein Labyrinth von Problemen“ über das Menschengeschlecht, das All, die Natur auf, aus dem er keinen Ausweg findet. in dem er sich verirrt, an die sich seine Grübelei, seine „Ergründungssucht“ heftet; er grübelt und grübelt und möchte bei jedem Gegenstande auf die „äusserste Ursache“ gehen, und zwar über Dinge, von denen er selbst weiss, dass sie „stets unerklärlich bleiben“; meistens sind es jetzt, wie er sich selbst ausdrückt, „Schöpfungsfragen“; doch knüpfen sich auch an gewöhnliche Erscheinungen des Lebens die Grübeleien, z. B. wenn er auf der Strasse geht, muss er an die Physiognomieen der Leute, die ihm begegnen, denken, an das Treiben der Menschen, er muss sich damit beschäftigen: wie der Mensch arbeite, wie leicht er zu täuschen sei, oder wenn er in seinem

Geschäfte rechnet: „wie das Rechnen entstanden sei" etc.; kurz, auch gewisse allgemeine fragende Reflexionen.

Ueber das vollkommen Krankhafte aller dieser Hergänge ist Patient völlig klar, oft sagte er mir, „der Zustand ist grässlich" und bat mich Alles aufzubieten, um ihn davon zu befreien. In seiner schriftlichen Aeusserung sagt er:

„Ich schwäche meine körperliche Gesundheit durch andauerndes Nachsinnen über Probleme, deren Lösung dem menschlichen Verstande noch unmöglich; doch kann ich mich trotz meinem besten und entschiedensten Willen nicht davon befreien, der Ideengang kehrt stets wieder, hierin liegt hauptsächlich der Schwerpunkt meiner Krankheit, da ich fast fortwährend neben practischem Denken und Handeln zum Nachdenken gezwungen bin, wie dies oder jenes in der Welt wohl entstanden sein mag. — — Das Grübeln ist zu andauernd, um natürlich sein zu können. Ich befinde mich dann völlig wie in einem Labyrinthe, mich verwirrt das stete Grübeln über das Wunderbare etc. So schwächte ich mich zu einer Zeit mit dem fortdauernden Nachsinnen ab, wo wohl beim Menschen der Sitz des Verstandes sei; trotzdem mir nun jeden Augenblick die gesunde Vernunft zur Antwort gab „Im Kopfe", grübelte ich dennoch stundenlang darüber zwecklos nach. — So oft meine Grübeleien auch wiederkehrten, ich suchte dieselben stets dadurch zu bannen, dass ich mir sagte: folge einfach deinem natürlichen Verstande, grüble niemals über Sachen nach, die demselben nicht einleuchten, denn lässt sich der Mensch zu sehr mit Nachsinnen unlösbarer Dinge ein, so schwächt er nutzlos seine Geisteskräfte! Doch ungeachtet dieser Anschauungsweise kann ich mich immer nicht von meinen ewigen Grübeleien befreien, sie verfolgen mich fortwährend, gönnen mir keine frohe Minute."

Das Krankhafte dieses ganzen Zustandes erhellt auf den ersten Blick, und es wird wohl ganz unmöglich sein, ihn mit gesunder Wissbegierde oder normalem Forschungstriebe zu verwechseln.

Der Kranke selbst findet mit vollem Rechte das Krankhafte in folgenden Momenten:

1) in dem Umstande, dass diese ganze Neigung zum Grübeln ihm in seinem früheren Leben ganz fremd war;
2) in dem Anhaltenden und Unablässigen des Vorgangs; jeden Tag, einen wie den andern wiederholen sich nahezu dieselben Gedanken mit trostloser Monotonie;
3) in dem Unbezwinglichen, in der Unmöglichkeit sich von ihnen

loszumachen, wenn auch ein vorübergehendes Zurückdrängen gelingt;

4) in der enormen Gefühlsbelästigung durch den Hergang.

„Das Leiden, sagt er, ist grässlich, dass ein Mensch mit gesunden Sinnen solche corrupte Ideen hat!“ Er verbirgt sorgfältig den Zustand: „man könnte ihn ja nur bemitleiden, dass er solch ein Uebel habe; selbst seine Eltern dürfen nicht wissen, dass er so geplagt ist.“ Bald belacht er selbst, aber mit bitterem Schmerze, den „steten Kampf des Practischen mit dem Corrupten“, bald beneidet er die ärmsten Menschen, welche Nichts von diesen Dingen wissen und dieses „peinliche Leiden,“ zu dem er verurtheilt ist, nicht kennen.

Er sucht also seinen Zustand sehr zu verbergen und spricht mit Niemend davon, gegen mich hat er sich mit grösster Offenheit ausgesprochen, oft mit grosser Lebhaftigkeit, so dass er im Gespräche mit den Händen auf die Schenkel schlug, nur hier und da überfällt ihn das Bedürfniss, sich gegen vertraute Personen auszusprechen. So hat er sich vor einem halben Jahre, unmittelbar nach seiner Ankunft in Berlin (wahrscheinlich von der eigenthümlichen Erregbarkeit einer grossen Stadt übermannt) sofort vom Kellner zu einem Arzte führen lassen, um sich gegen diesen auszusprechen.

Oefters versucht er es und liest Schriften, die auf die „Schöpfungsdinge“ Bezug haben und sucht Antworten auf seine Fragen. Anfangs scheint ihn dies zu beruhigen, aber er hat doch dabei „ein völlig unbefriedigtes Befinden“ und findet, dass die Verfasser „in natürlicher Weise darüber nachdenken, er in unnatürlicher.“ Wie oft hat er mit Gewalt versucht, das Grübeln aufzugeben, weil er weiss, „wie lächerlich und nutzlos es ist,“ aber vergebens! Oft sucht er sich durch einfache Antworten auf seine Fragen zufriedenzustellen, sucht „Alles in der natürlichsten Weise zu erklären,“ z. B. der Mensch ist ein Geschöpf Gottes, Alles entsteht durch die Bestimmung Gottes, aber „er wird verfolgt von den Ideen;“ ganz freie Tage hat er nie, doch sind manche Tage besser; am meisten ableitend und zurückdrängend wirken seine Berufsgeschäfte, aber meistens gleich, wenn die Beschäftigung zu Ende ist, beginnt das Grübeln auf's Neue.

So ist er in einem fortwährenden innern Kampf, „innerlich zerrissen“; er ist launisch, zuweilen heftig geworden. Da ihn das Grübeln nicht verlässt, so ist — wie er sagt — „alles Aeussere ihn nicht erfüllend,“ er ist gezwungen, „das Natürliche (des Lebens) unter Täuschung der Menschen zu affectiren.“ Dagegen hat er die Beobachtung gemacht, dass im Traume alles Grübeln aufhört, dass er natürlicher

träumt, als er im Wachen denkt; „die Wirklichkeit ist dann wie sie ist.“ Kaum ist er aber Morgens aufgewacht, so kommt ihm die Frage, wie der Tag entstanden ist? Warum gerade der Sonntag, Montag, Dienstag alle so heissen? etc. und das Grübeln fängt von Neuem an.

Hiermit sei die vielleicht schon viel zu lange Schilderung des Seelenzustandes dieses Kranken geschlossen, von der ich doch bei der Neuheit des Gegenstandes Nichts weglassen wollte, zu dem noch als bemerkenswerther Zug der kommt, dass der Kranke sich viele Selbstvorwürfe macht, durch seine Onanie selbst Schuld an seinen Leiden zu sein.

Was das körperliche Befinden betrifft, so konnte durch die genaueste, wiederholte Erforschung nichts irgendwie Epileptoides aufgefunden werden. Der Kranke lebte in allen Beziehungen mässig; die Functionen zeigen allerlei Störungen, der Schlaf ist unruhig, oft hat Patient „Kopfschmerzen in den Nerven,“ wie er meint, „durch das fortwährende Denken und Grübeln.“ Hie und da kommt etwas Herzklopfen bei normaler Beschaffenheit des Herzens, der Puls ist auffallend selten und tardus, auch wenn Patient lange gesprochen hat; öfters fühlt er sich in den Füssen matt, öfters konnte man leichtes Zittern in den Gesichtsmuskeln, noch stärker in den Händen sehen, nicht selten hat er auch das Gefühl des Vibrirens im ganzen Körper; es besteht Catarrh der Rachenschleimhaut (so oft bei Hypochondrie!), wiewohl Patient wenig raucht. Guter Schlaf scheint das Grübeln zu verbessern, Pollutionen scheinen verschlimmernd zu wirken.

Noch ist auf die Krankheit eines jüngeren Bruders zurückzukommen.

Dieser, gleichfalls ein starker Onanist, soll sich in einem ähnlichen Zustande befunden, er soll auch gegrübelt haben, doch — wie unser Kranke sagt — „mehr über gleichgültige, nicht über solche unlösbare Sachen;“ er soll auch bei verschlossenen Schränken mehrmals nachgesehen haben, ob sie wirklich verschlossen seien. Nachdem der Zustand schon eine Zeit lang bei ihm bestand, soll er in kurzer Zeit ganz die Fähigkeit zu rechnen verloren haben; er soll durch die Kaltwasserkur vollständig hergestellt sein.*)

*) An diesen Vortrag knüpfte Griesinger in der betreffenden Sitzung der Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft noch eine Reihe von Reflexionen, welche jedoch auf seinen ausdrücklich ausgesprochenen Wunsch hier fortbleiben.

XXXVI.

Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Clinik zu Berlin

für das Sommer-Semester 1868.*)

Gehalten am 1. Mai 1868.

Von

W. Griesinger.

Meine Herren! Sie wissen, dass ich gerne in der ersten Stunde des Semesters ein allgemeineres Thema zur Einleitung in unsere späteren speciellen Betrachtungen behandle. Es ist dabei nicht meine Absicht, ganz neue, in der Wissenschaft unbekannte Dinge Ihnen mitzutheilen, vielmehr Sie durch eine Gedankenreihe, die sich an irgend einen wichtigen Punkt knüpft, in das Thema einzuführen und auf dasselbe vorzubereiten. Da in diesem Semester zum erstenmale die gerichtliche Psychiatrie als besonderer Theil in unsere theoretischen und clinischen Vorträgen eingehen wird, so sei es gestattet, die Einführung in diesen Theil gleich dieser ersten Stunde zuzuweisen und Ihnen heute einige Bemerkungen über die Psychiatrie in ihrer Anwendung auf criminalrechtliche Fragen vorzulegen.

Mit Recht weist man auf diese Materie als eine der schwierigsten in unserer Wissenschaft hin. Den Anfänger frappiren diese Schwierigkeiten am meisten an Fällen, wie ich Sie mit solchen später bekannt machen werde, wo die besten und erfahrensten Irrenärzte über die Existenz einer Geisteskrankheit bei gewissen, eines Verbrechens angeschuldigten Personen die widersprechendsten Gutachten gegeben haben, — Fällen, die allerdings zeigen, dass uns noch oft genügende objective Merkmale für die allerersten Punkte der psychiatrischen Diagnose fehlen. Doch tritt hier bei der forensischen Psychiatrie nur eine Unvollkommenheit hervor, wie sie auch auf jedem andern Gebiete der

*) Nachgelassnes und für den Druck bestimmtes Manuscript.

practischen Medicin besteht; gibt es doch Fälle genug, wo die Ansichten sehr darüber differiren können, ob irgend ein tiefer liegendes, nicht palpables, körperliches Leiden vorhanden sei oder nicht. Es sind dies doch immer noch Fragen, die in beiden Fällen, der körperlichen wie der geistigen Erkrankung, ganz auf dem inneren Gebiete der Medicin selbst abgemacht werden und Schwierigkeiten, die unserm medicinischen Denken nicht fremdartig gegenüber stehen und die mit ihm allein, wenn überhaupt, überwunden werden können.

Eigenthümlichere Schwierigkeiten findet die forensische Psychiatrie darin, dass sie mit einer ganz andern Wissenschaft, der Jurisprudenz, und mit Standpunkten und Anforderungen, die der Medicin als solcher fremdartig sind, nemlich den richterlichen, in die nächste Berührung zu treten hat. Das Verhältniss beider ist in der Praxis das, dass der Richter fragt, der Arzt zu antworten hat. Zur Gesetzgebung allerdings kann sich unsere Wissenschaft auch noch in einem höheren Sinne als Beratherin stellen, ohne dass ihr bestimmte Detailfragen vorgelegt werden und in dieser Beziehung bei Umgestaltungen an den Gesetzbüchern mitzuwirken ist eigentlich die schönste und grösste Mission der Psychiatrie. Aber meistens haben wir doch nur die Aufgabe, in Einzelfällen, die Zweifel und Dunkelheiten bieten, den Richter aufzuklären und ihm die technischen Hülfen zu bieten, die er selbst nicht besitzen kann. Schwierigkeiten kommen nun hier darin zu Tage, dass Jeder auf seinem Gebiete bleiben und dass man sich doch richtig verstehen soll, dass der Zweck erreicht werde, ohne dass von dem Arzte ein Verlassen seines eigenen Erfahrungs- und Gedankenkreises verlangt wird und so, dass er innerhalb der logischen Verarbeitung ärztlicher Erfahrungsthatsachen bleiben kann. —

Die heutige Criminaljustiz nimmt im Allgemeinen sehr bereitwillig die Hülfe der gerichtlichen Psychiatrie an; manche Verbrecher werden heute schon ganz anders angesehen als vor 50 Jahren. Trotzdem kommen Fälle vor, wo es heutzutage nicht etwa ausserordentlich schwierig, sondern einfach unmöglich ist, ein Gutachten abzugeben, das zu gleicher Zeit — frei von allen Compromissen und Halbheiten — uns selbst wissenschaftlich ganz befriedigt und dessen rechtliche Folgen für den Angeklagten auch unserem natürlichen Gerechtigkeitsgefühle ganz entsprächen. Wenn so Etwas beim besten Willen von beiden Seiten möglich ist, so weist dies auf Schwierigkeiten hin, die heute noch in der Behandlung dieser Sachen selbst liegen; auf die Erfordernisse für eine sachgemässe Lösung dieser Schwierigkeiten lassen Sie uns deshalb etwas näher eingehen.

Das erste Erforderniss ist eine richtige richterliche Fragestellung; diese aber muss ganz basiren auf der Kenntniss dessen, was der Arzt leisten kann und für letzteres ist wieder nur innerhalb der Medicin selbst das Verständniss zu suchen.

Wir Aerzte sind Naturforscher, wir haben es mit Beobachtungsthatsachen in der organischen Welt, mit Erforschung der Gesetzmässigkeit in diesen Thatsachen und mit ihrer practischen Anwendung zu thun. Dies ist unser Beruf, wir haben weiter nichts gelernt und man kann nichts weiter von uns verlangen. Die menschlichen Vorstellungen über Recht und Unrecht sind auch nichts Zufälliges, sie sind nothwendige Producte des ganzen Naturgeistes und moralischen Geistes, der ganzen Geschichte und Bildung einer Nation und verdienen jedenfalls die höchste Achtung von allen Seiten; ob sie in ihrer Weiterbildung immer und überall ganz gleichen Schritt halten mit den übrigen Culturfortschritten, das wage ich nicht zu besprechen, da dazu andere Kenntnisse als die meinigen gehören würden. Dagegen ist so viel sicher, dass die Formulirung dieser Begriffe von Recht und Unrecht in den Worten der Gesetze und Gesetzesparagraphen verschiedener Länder manches Zufällige, Wechselnde und Schwankende hat, wie ja ein Blick auf die verschiedene Formulirung bei verschiedenen, an Bildung und Gesittung gar nicht unter einander verschiedenen Staaten, z. B. der verschiedenen deutschen Länder zeigt.

Wenn wir nun nach dem Wortlaute dieser Paragraphen befragt werden, nach Zurechnungsfähigkeit, nach vorhandener Freiheit, nach Wahnsinn oder Blödsinn im Sinne des Gesetzes u. dergl., so haben wir nicht nur die Schwierigkeit, ein Gebiet betreten zu müssen, auf dem wir nicht ganz zu Hause sind, sondern dass auch der Sinn der Frage, z. B. nach der Bedeutung des Wahnsinns oder Blödsinns im Sinne des Gesetzes verschieden gefasst und ausgelegt werden kann. Bald verlangt man von uns selbst, dass wir diese Interpretation vornehmen, bald sollen wir für dieselbe vorausgegangene richterliche Entscheidungen in Erwägung ziehen; in beiden Fällen sollen wir uns auf Ansichten aus populär-psychologischem oder eigentlich juristischem Gebiete einlassen, die nicht von speciell ärztlichen, d. h. naturwissenschaftlichen Ergebnissen abhängen.

Freilich hat längst die Praxis und die criminalistische Doctrin*) sich dahin ausgesprochen, dass unabhängig von diesen, überall wieder verschieden lautenden, nirgends trotz der verschiedensten Versuche die

*) Mittermaier in mehreren seiner werthvollen Arbeiten.

Sache wirklich erschöpenden Ausdrücke der Gesetzbücher, die wahre ärztliche Meinung über den Geisteszustand des Angeklagten zu erheben und das allein Entscheidende sei, dass sich also die Aerzte nicht ängstlich an jene Ausdrücke zu halten brauchen. In der That, wenn ein Gerichtsarzt erklärt, er finde einen Angeklagten zwar weder wahnsinnig noch blödsinnig im Sinne des Gesetzes, aber doch geisteskrank, — wo wäre ein Geschwornengericht zu finden, das einen solchen verurtheilen würde?

So hat man denn vorgeschlagen und ausgeführt, dass der Arzt nach nichts weiter als nach dem Bestehen einer Geistes- oder Gemüthskrankheit, resp. einer bestimmten Form und Art solcher gefragt werde; und gewiss hat man damit unserer Beantwortung das wirkliche, unserer Forschung zugängliche Object und Gebiet zugewiesen, man hat uns damit befähigt, als Kenner der organischen Natur einfache logische Verarbeitung von Erfahrungsthatsachen zu geben.

Indessen auch diese Fassung der Frage hat ihre nicht geringen Inconvenienzen. Die Frage nach dem Bestehen oder Nicht-Bestehen einer Geistes- oder Gemüthskrankheit drückt nicht Alles aus und erschöpft nicht Alles, was für die Beurtheilung eigentlich wissenswerth ist; sie ist gerade für die schwierigsten dubiösesten Fälle zu eng, sie stellt ein Entweder Oder — Geisteskrank oder nicht? Geisteskrank oder Geistesgesund? — auf, in welchem gerade das Gradative der Zustände, das Uebergängliche zwischen Gesundheit und Krankheit nicht zum Ausdrucke kommt. Es ist dem Schwanken der Meinungen Manches anheimgestellt, indem der Eine das schon krank nennt, was dem Andern vielleicht noch gesund erscheint; schon bei körperlichen Zuständen ist es oft schwer zu sagen, ob der an sich ganz populäre Begriff der Krankheit bei einem solchen schon anwendbar ist, oder ob man den Menschen noch für nicht-krank erklären soll, es entziehen sich eben bei diesem einfach logischen Gegensatze die erfahrungsgemässen Mittelzustände zwischen Gesundheit und Krankheit, die gerade oft vorliegen, am meisten der Betrachtung.

Mir scheint es die Hauptaufgabe, nach einer Fragestellung zu suchen, welche gestattet, ja welche selbst darauf hinführt, das Quantitative, die Abstufungen, die leichteren Grade, die Flüssigkeit der Uebergänge zu bestimmen, zu fixiren und hervorzuheben. Ich meine damit noch nicht eine Fragestellung, die dem Richter unmittelbar, heute oder morgen vorzuschlagen wäre, sondern ich möchte erst nach dem auf ärztlichem Gebiete selbst zu fixirenden Prin-

cipe suchen, aus dem jene practische Fragestellung schliesslich hervorzugehen habe.

Ich glaube, der wesentliche Sinn Alles dessen, was der Richter vom Arzte in Criminalfällen wissen will oder soll wissen wollen, ist doch immer der: ob und wie weit ein Individuum zu einer gewissen Zeit durch organische Ursachen an der logischen Verarbeitung seiner Gedanken oder an der normalen Art, Entschlüsse zu fassen und auszuführen, gehindert war? Organische Ursachen sind solche, die unabhängig von seinem eigenen Willen, von seiner Erziehung und seinem Bildungsgrade, von der Geschichte seines inneren Lebens, von den logischen Processen in seinem Kopfe, allein in seinem Organismus begründet sind. Und die Frage wird sein, ob jene Ursachen solche Functionirungen bedingten, die das Individuum von dem Verhalten der ungeheuren Majorität, von dem mittleren Durchschnittsmenschen seines Geschlechts, seiner Volksklassen, seines Standes, seiner Erziehung etc. erheblich unterscheiden, und zwar unterscheiden in Betreff des Gebrauches seiner geistigen und gemüthlichen Kräfte, und unterscheiden zu seinem Nachtheile. Diese ungünstige Beeinflussung der Vorstellungs- und Willens-Processe vom Organismus aus kann man die organische Belastung nennen und das Vorhandensein und der Grad dieser organischen Belastung kann als das eigentliche Forschungsobject des Gerichtsarztes bei diesen Fragen bezeichnet werden. Der Begriff der organischen Belastung und ihrer Grade umfasst alles Wissenswerthe und besitzt die volle Flexibilität um jede gradative Modification ausdrücken zu können. Er hat in dieser Hinsicht sehr grosse Vorzüge vor dem Begriffe der Gesundheit oder Krankheit, noch viel mehr natürlich vor den kaum mehr ärztlichen und viel abstracteren Begriffen der Zurechnungsfähigkeit, der Freiheit u. dergl., in deren gemeinsamer Annahme sich nach früheren Ansichten der Arzt und der Richter begegnen und verstehen sollten.

Wir können uns die Sache durch das Beispiel einer körperlichen Leistung illustriren. Setzen Sie den Fall, eine Gesellschaft, allenfalls ein Staat verlange von seinen Mitgliedern eine gewisse Summe körperlicher Arbeit und er habe Strafen auf deren ungenügende oder unbrauchbare Erfüllung gesetzt. Unendlich häufig würde hier der Fall vorkommen, dass Individuen in der Leistung zurückblieben und sich damit entschuldigten, sie können nichts weiter leisten. Sie werden ärztlich untersucht, denn der natürliche Gerechtigkeitssinn verlangt, dass sie straflos bleiben, wenn sie wirklich nicht konnten, dass sie in

diesem Falle wohl unterschieden werden von den Trägen und Renitenten. Wie soll hier der Arzt gefragt werden? — Ob der Mann in der Lage sei, dass das Strafgesetz auf ihn angewendet werden kann? — Nein, dies wäre keine ärztliche Frage. — Ob er gesund oder krank sei? — Dies scheint schon viel besser. Aber vielleicht untersucht der Arzt nun alle Organe und kann nicht die geringste Veränderung an ihnen finden, er untersucht alle Functionen und findet sie normal von Statten gehen — er ist sehr geneigt, den Mann für gesund zu erklären, wenigstens kann er nicht sagen, er sei krank, denn es wäre unmöglich eine Krankheit an ihm zu benennen. Und es kann doch sein, dass das Individuum wirklich ganz unfähig war, der Durchschnittsleistung seiner Mitarbeiter gleichzukommen: er ist vielleicht schwächlich. Die Langsamkeit und Kraftlosigkeit seiner Bewegungen, wegen deren er zurückblieb und die ihn in den Verdacht der Trägheit und Renitenz brachten, kann bedingt sein durch eine organische Belastung auf seinen Willen, die von Hause in seiner zurückgebliebenen, dürftig entwickelten Individualität liegt, ohne dass man ihn deshalb jetzt krank nennen könnte, oder die in einem Unwohlsein besteht, welches vielleicht ohne alle objectiven Symptome die Arbeitskraft hindern konnte.

Dies Beispiel lässt sich auf fehlerhafte geistige und moralische Leistungen der Menschen wohl anwenden. Organische Belastungen des verschiedenen Grades bilden bei einer gewissen Anzahl von Individuen Ausnahmszustände vom mittleren Durchschnittsmaass der Leistungen der Gesammtheit. Sie können auf wirklicher psychischer Krankheit beruhen, dann ist das Urtheil meist nicht schwer. Es kann sich aber auch um Individuen handeln, die wir noch nich im gewöhnlichen Sinne für psychisch-krank erklären, die aber als psychisch-kränklich, psychisch-schwächlich bezeichnet werden können. Es bestehen bei ihnen Anomalieen, die oft ganz originär, oft in früher Jugend schon begründet sind, die eine gewisse Energielosigkeit, Unsicherheit, mangelhafte und unrichtige Wirksamkeit in Geist und Charakter des Individuums bedingten. Den Anforderungen des gewöhnlichen Lebens können sie nachkommen, ungewöhnlichen Lebenslagen sind sie nicht mehr gewachsen. Blicken Sie auf unser obiges Beispiel körperlicher Leistungen einen Augenblick zurück. Die gewöhnliche Arbeit mittleren Masses wird von vielen Schwächlichen noch, wenn auch mit Anstrengung, geliefert werden können; wenn aber einmal die Umstände ausnahmsweise eine weit höhere Arbeit fordern, dann würden plötzlich die Schwächlichen zurückbleiben und ausfallen. So ist es auch mit jenen psychisch-Schwächlichen. Vor den gewöhnlichen

Leistungen des Lebens können sie sich noch halten; wenn sie aber vor Verhältnisse gestellt sind, die zu ihrer Beherrschung einer grösseren Kraft erfordern, oder in denen selbst schon etwas liegt, was störend auf die Wirksamkeit ihrer Kräfte wirkt, z. B. wenn sie in Situationen sich befinden, die sie aufregen, die perturbirende Affecte oder Leidenschaften in ihnen erwecken, dann reichen ihre schwachen Kräfte nicht mehr aus, um Herr der Situation zu bleiben, um jetzt die Leistung so wie sie von Allen gefordert wird, durchzuführen, ihr Thun fällt haltlos und verkehrt aus.

Für die Beurtheilung dieser Individuen — scheint es mir — ist es ein wirklicher Gewinn, an dem Begriffe der organischen Belastung eine Categorie zu haben, die wirklich das ausdrückt, worauf Alles ankommt, nemlich die ungünstige, anomale Aeusserungen bedingende, die Leistungsfähigkeit herabdrückende Modification der Geistes- und Gemüthsthätigkeit durch organische Ursachen und die aller quantitativen, gradativen Abschätzung zugänglich ist, was beides bei der abstracteren Categorie des Krank- oder Gesundseins bei weitem nicht so der Fall ist. Ich glaube also, dass eine humane, unserer Zeit würdige Rehhtspflege solche Fragen stellen sollte, die es dem Arzte gestatten, für den concreten Fall zu sagen, ob eine solche organische Belastung vorhanden, ob sie stark oder schwach, dauernd oder vorübergehend ist, worin sie besteht, ob sie vielleicht — auch dies kommt ganz verschieden vor — in einer gewissen Richtung vorwaltend wirksam ist, d. h. für gewisse Regungen, Triebe, Handlungen, die Art des geistigen Verhaltens besonders ungünstig modificirt hat. Der Zugang in das eigentlich Psychologische, wenn auf dasselbe näher eingegangen werden soll, ist von hier aus leicht und es schliessen sich natürlich und logisch die Fragen an, ob man als Product des durch die organische Belastung gesetzten anomalen Zustandes den Antrieb zur That oder eine verminderte Widerstandsfähigkeit gegen den Antrieb, oder eine geistige Beeinträchtigung durch Verworrenheit, Hallucinationen etc. zu betrachten habe.

Verstehen Sie mich — ich wiederhole es — nicht so, dass ich an die Stelle der gesetzlich vorgeschriebenen oder üblichen richterlichen Fragen augenblicklich andere gesetzt zu sehen wünsche, sondern für die Aerzte wollte ich den Sinn andeuten, in welchem eine weitere, umfassendere, erschöpfendere Auffassung der richterlichen Fragen ermöglicht ist. Der humane Richter wird von seinem Standpunkte aus vielleicht von dieser Auffassung Gebrauch machen können; kommt

es einmal zu Aenderungen in der Fassung der Gesetzesparagraphen, dann allerdings muss in ihnen diese weitere Auffassung zum Ausdrucke kommen. Der Einfluss der Psychiatrie, der Kenntniss von der anomalen Geistesbeschaffenheit des Menschen, auf die Gesetze ist nicht damit abgeschlossen, dass die Geisteskranken nicht mehr zum Tode verurtheilt werden, sondern die Aufgabe der nächsten Zukunft ist die Beleuchtung und die detaillirte Würdigung der Mittel- und Uebergangsformen von den leichtesten geistig anomalen Zuständen an. Für ihre richtige Auffassung und Beurtheilung muss in der richterlichen Fragestellung Handhabe und Anhalt geboten sein, es muss daraus erkannt werden, dass das humane Gesetz selbst sie anerkennt, auf sie Rücksicht genommen, den concreten Zuständen des Lebens mehr als dem starren Buchstaben Rechnung getragen wissen will.

Betrachten wir also, meine Herren! die Erforschung der organischen Belastung, ihrer Art, Grade etc. als die Hauptaufgabe der gerichtlichen Psychiatrie, — wie? wo? mit welchen Mitteln soll dieselbe nun erforscht, erwiesen und dem Richter dargelegt werden?

Der psychische Mechanismus, von dessen richtigem Vonstattengehen die Normalität unseres geistigen Lebens abhängt, ist in unseren centralen Nervenapparaten hergestellt. An ihnen und ihrer Functionirung äussern sich die organischen Belastungen und müssen sie sich äussern. Ob also eine Anomalie oder eine wirkliche Erkrankung in den centralen Nervenapparaten besteht oder nicht besteht, sei es eine idiopathische oder eine von anderen Stellen des Organismus aus bewirkte oder was immer für eine? — darauf hat die Untersuchung in erster Linie ihr Augenmerk zu richten

Es ist nun ein Erfahrungssatz der Psychiatrie, der durch jeden Fall jedes Irrenhauses bewiesen werden kann, dass gewisse anomale Zustände der centralen Nervenapparate in einer höchst merkwürdigen, völlig unerklärlichen Weise Vorstellungen, Stimmungen, Gefühle, Willensregungen in der Seele hervorrufen, die den gewöhnlichen Seelenzuständen des Individuums ganz fremd sind. Wenn es heitere Bilder, wenn es Träume von Glück und Wohlsein sind, die so entstehen, kommt der Kranke nicht in Conflict mit der Criminaljustiz; es können aber auch Seelenzustände von peinlichem, finstern, angstvollen Character sein, welche zu agressiven Willensregungen und oft zu den schwersten gesetzwidrigen Handlungen führen.

In einer Weise, meine Herren! die Jedem tröstlich ist, zeigen die Annalen der Criminaljustiz, dass im Allgemeinen und Grossen betrachtet eine Abnahme der schweren Verbrechen Hand in Hand geht

mit zunehmender Volksbildung. Mit jeder Schule gleichsam, die in einem zurückgebliebenen Lande errichtet wird, wird der Unsittlichkeit und dem Verbrechen etwas Boden und Stoff entzogen und die stete Weiterverbreitung wahrer Bildung wird stets weiter in demselben Sinne wirken. Aber dies hat an einem gewissen Punkte eine ganz bestimmte Grenze; eine gewisse Art von Thaten entzieht sich jedem sonstigen Einflusse von dieser Seite her.

Denken wir uns einen Zustand der menschlichen Gesellschaft, der weit vollkommener wäre als der heutige. Grosse Entdeckungen in den Naturwissenschaften und hohe Entwickelung der Industrie sollen das physische Wohlsein der Menschen noch bedeutend erhöht haben, der Verbrauch an menschlicher Nervenkraft zu mechanischen Leistungen soll sehr vermindert und damit diese Kraft mehr den höheren Interessen des Lebens zugewandt sein, ein langer Frieden und eine ausgedehnte, eifrige Pflege des Schönen in der Kunst soll die Sitten verfeinert, die Stimmungen gemildert, die Gefühle des Wohlseins und des gegenseitigen Wohwollens unter den Menschen begünstigt und hoch entwickelt haben. In einem solchen Zustande werden die finstern Mächte der menschlichen Natur beruhigter, wirkungsloser sein, und viele grobe Verbrechen werden immer seltener werden.

Aber wie schön man sich dieses Ideal der Gesellschaft ausdenke, wie hoch civilisirt, wie hoch moralisirt die Menschen je einmal werden mögen — eine Art schwerer Thaten wird immer vorkommen und immer die Gemüther mit Schrecken und Abscheu erfüllen, Thaten, die von gewissen Nervenkranken ausgeführt werden und zum Theil als die directen Symptome gewisser Nervenkrankheiten aufzufassen sind. Eine Frau steht Nachts aus dem Bette auf, ergreift ein Beil und schlägt ihren schlafenden Mann und ihre schlafende Tochter todt; ein Mensch tödtet auf der Landstrasse ein ihm völlig unbekanntes Kind, verstümmelt es und isst von seinem Fleische; ein anderer gräbt Leichen aus der Erde, um sie mit den Zähnen zu zerfleischen oder noch viel hässlichere Dinge an ihnen zu treiben etc. Nicht Leidenschaft, Unsittlichkeit, Bosheit führt die Hand dieser Menschen, und keine Macht, die durch Bildung und Fortschritt bezwungen werden könnte, hat diese Greuel bewirkt. Sondern gewisse Erkrankungen der centralen Nervenapparate, die man heutzutage mit verschiedenen Namen bezeichnet, haben in der Seele dieser Menschen schreckliche Vorstellungen, heftige Angstempfindungen, blutige oder schmutzige Instincte hervorgerufen, von denen der Gesunde nichts weiss; sie haben ihnen die Besonnenheit, oft die Sinne selbst umnebelt, haben die gewöhnlichen, den nor-

malen Menschen leitenden Vorstellungen und Instincte des Sittlichen und Richtigen ausgelöscht, und in diesem Zustande schwerer organischer Belastung haben jene schrecklichen Vorstellungen und verwerflichen Antriebe zur Entäusserung, zu einem entsprechenden Thun und Handeln, zu dem, was dann als unbegreifliche That, als sogen. Verbrechen vor uns steht, gedrängt. Wollte man der Menschheit auch vor diesen Thaten Ruhe geben, man müsste diese Nervenkrankheiten aus der Welt schaffen oder verhüten lernen, — und dazu ist meines Erachtens keine Aussicht. Ich kann schon hier bemerken, dass es besonders die Epileptiker sind, die, wie sie in einzelnen Repräsentanten einen so höchst merkwürdigen Einfluss auf die Geschicke der Welt, selbst der Welt des Geistes ausüben und die Geschichte mit ihrem Ruhme und mit grossen Zügen füllen, so auch in den Annalen der Criminaljustiz mit ihren grässlichen oder zum mindesten im höchsten Grade auffallenden Thaten unablässig wiederkehren. Auf die Anwesenheit dieser häufigen, oft so undeutlich sich äussernden Krankheit, aber ebenso sehr auf das Bestehen der alcoholischen Neuropathieen, der Hysterie, Hypochondrie, der Neuralgieen u. dergl. ist vor Allem bei allen sonderbaren, ungewohnten, aus egoistischen Motiven nicht erklärbaren Thaten zu untersuchen.

Und für die Auffindung und forensische Diagnose dieser Neuropathieen ist ein besonders von dem hochverdienten Morel aufgefundener und hervorgehobener Punkt sehr bedeutsam. Der nemlich, dass jede derselben den Thaten der erkrankten Individuen einigermassen eigenthümliche Züge und Charactere giebt, dass z. B. der Epileptiker anders tödtet als der Hypochondrist, die Hysterische eine andere Art auffallender und verwerflicher Handlungen begeht als die Alcoholistin etc. Wie gewisse Krampfformen gewissen Neuropathieen, z. B. der Hysterie, der Epilepsie eigenthümlich sind, so kommen eben auch gewisse bestimmte Weisen sich im Handeln zu verhalten, als Symptome diesen beiden zu. Die That erscheint in natürlichster Verbindung mit der Neuropathie, einfach als ihr Symptom. Dass dies nicht bloss psychologisch interessant, sondern von grosser practischer Wichtigkeit ist, erhellt daraus, dass eine solche That zuweilen die erste auffallende Aeusserung eines epileptischen oder sonst neuropathischen Zustandes ist und dass dann aus dem Character der That die Neuropathie mehr oder weniger gemuthmasst werden kann. Man muss diese Sätze noch nicht allzusehr verallgemeinern, aber man muss die betreffenden Beobachtungen aufs eifrigste weiter führen und verfolgen, da sie immer mehr interessante Resultate versprechen. Ausser dem ganzen Detail

im Verhalten dieser kranken Menschen bei ihren Verbrechen, muss man besonders das Krankhafte in ihrem Verhalten, bei ihrem Thun in den Irrenanstalten oder bei gleichgültigen Handlungen im gewöhnlichen Leben studiren; hierau hat man die Paradigmata und Vorbilder für ihr Verhalten bei den sogen. Verbrechen; die Epileptiker bilden auch hier wieder die wichtigste Categorie von Kranken und es wird uns im Laufe des Semesters nicht an Beispielen fehlen, Ihnen zu zeigen, was gemeint ist.

Aber es giebt noch eine grosse Classe von Nervenkrankheiten ausser den angeführten (der Epilepsie etc. etc.), bei denen abnorme, auffallende, gesetzwidrige Thaten der verschiedensten Art vorkommen. Es sind die, mit denen wir uns in dieser ganzen Vorlesung am allermeisten beschäftigen werde, die sogen. Geisteskrankheiten und Gemüthskrankheiten. Wir nennen sie noch so nach der bei ihnen vorwaltenden Symptomengruppe, aber wir wissen, dass sie nur der Ausdruck sehr verschiedenartiger Erkrankungen der Centralnerven-Apparate sind und dass jeder Geisteskranke mit einer solchen Erkrankung behaftet ist. Das Vorhandensein dieser unterscheidet den Irren von dem Irrenden, den Wahnsinnigen von dem in einem Wahn Befangenen, den Gemüthskranken von dem gemüthlich Erregten; erst mit dem Bestehen dieser Neuropathie tritt der Mensch in den Ausnahmszustand gegenüber der Welt der Gesunden, der ihn auch in foro so ganz anders beurtheilen lässt. Wegen dieser immer und nothwendig vorhandenen Basis einer bestehenden Nervenkrankheit giebt die rein psychologische Analyse der Geisteskrankheiten, wie sie vom Richter selbst, vom wissenschaftlichen Psychologen oder selbst vom gebildeten Laien versucht werden könnte, keine Befriedigung und es bleiben diese Zustände als Neuropathieen der ärztlichen Beurtheilung ein für allemal gewahrt. Dass auch bei den verschiedenen Gruppen von Neuropathieen, die wir als sog. Formen, als Idiotie, Melancholie, Verrücktheit etc. herausheben, ein verschiedener Typus der verbrecherischen Thaten zu erkennen ist, dass z. B. der Melancholiker anders tödtet als der Verrückte oder als der Idiot, darin stimmen diese Zustände auch mit den vorhin erwähnten Neuropathieen überein, es sei aber dieser Punkt hier nur als Parallele zum früheren gelegentlich angedeutet und seine erfahrungsgemässe Ausführung einer späteren Gelegenheit vorbehalten.

Was geht aus dem Bisherigen hervor? — Dass der Arzt vor Allem auf die An- oder Abwesenheit einer Krankheit der Central-Apparate, welche als directe organische Belastung für die

Seelenvorgänge wirken könnte oder erwiesenermassen gewirkt hat, zu untersuchen hat, dass er zum mindesten und zunächst fur sich selbst diese Hauptfrage in Angriff nehmen muss, abgesehen davon, wie er alsdann sein Resultat im Ausdruck mit der richterlichen Frage in Einklang setze.

Brauche ich ausdrücklich zu bemerken, dass nicht jede Nervenkrankheit als organische Belastung für die logischen Processe, für das Leben der Vorstellungen wirkt? Dass es natürlich die Hirnkrankheiten in erster Linie, aber selbst diese nicht ganz ohne Ausnahmen (einzelne Fälle alter Residuen von Heerderkrankungen in den motorischen Centraltheilen) sind, die hier in Betracht kommen? — Es versteht sich dies von selbst; weit weniger bekannt und doch sehr wichtig ist es, dass auch gewisse wirklich oder scheinbar periphere Nervenleiden, wie namentlich manche Neuralgieen (dies Wort in seiner wirklichen pathologischen Bedeutung genommen) durch Hervorrufung von abnormen, ganz fremdartigen Stimmungen, von Mitvorstellungen etc. wirken können. Und auch der Ueberzeugung möchte ich hier Ausdruck geben, dass es noch eine Anzahl leichterer oder schwererer neuropathischer Zustände geben dürfte, die erst zu geringem Theile gekannt sind, die in unsere Categorien der Hysterie, der Geisteskrankheiten, der Epilepsie etc. nicht passen wollen, dis erst eine künftige Zeit bestimmter zu beschreiben und mit eigenen Benennungen zu fixiren haben wird, die aber doch schon bedeutende organische Belastungen für den Willen bilden können. Ich meine damit allerlei unbestimmtere Reizungs- und Depressions-Erscheinungen in den Nervenapparaten, allerlei leichtere hallucinatorische, traumartige, halbsomnambule, Umneblungszustände, manches was sich als sporadischer Fall den Erscheinungen der sog. Geistesepidemieen nähert etc.. Und wie es solche unbestimmte, noch wenig gekannte neuropathische Zustände giebt, so giebt es auch solche einzelne Thaten von einem eigenthümlich bizarren, höchst sonderbaren Character, die den gewöhnlichen Regeln der gesunden Vernunft und der Moral in der auffallendsten Weise widersprechen und Verbrechen constituiren und die doch keineswegs den Character der Handlungen von Melancholikern, Alcoholisten, Epileptikern etc. an sich tragen. Unter keinen Umständen dürfen bei solchen Thaten neuropathische Zustände ohne Weiteres angenommen oder aus irrelevanten Erscheinungen mit Gewalt construirt werden; ich selbst war schon in der Lage, bei einer solchen sonderbaren That, die sich aus rein logischen Vorgängen, aus gesunden Motiven irgend welcher Art schwer begreifen liess, irgend ein solches Nervenleiden

dringend zu vermuthen, aber doch keines nachweisen zu können; aber ich glaube, dass sich die Zahl dieser Fälle, die bis jetzt als unerklärliche, an gar nichts Bekanntes anzuknüpfende Räthsel vor uns stehen, um so mehr vermindern wird, je mehr sich die Forschung auch auf diese dunkleren Gebiete der Neuropathologie ausdehnen wird. Denken wir daran, wie die wahre Natur des ganzen ungeheuren Gebietes der hallucinatorischen Zustände Jahrtausende lang unbekannt war, wie viele Hallucinanten und Verrückte ihren neuropathischen Zustand als Zauberer und Hexen mit der Folter und dem Scheiterhaufen büssten — wobei sie dieser Argumentation gegenüber ebenso fest blieben wie sie es heutzutage gegenüber unseren Vernunftgründen bleiben — so dürfen wir schon glauben, dass auch der späteren Zeit etwas zu thun bleiben, dass man noch manche Erscheinung auffinden und besser würdigen wird, deren Kenntniss dann der Aufsuchung des wirklichen Rechtes in gewissen Criminalsachen zu Gute kommen wird. —

Bei den Nervenkrankheiten, die sich ganz oder doch weit überwiegend durch psychische Symptome äussern, fangen die Hauptschwierigkeiten der Beurtheilung bei den noch leichteren, wenig ausgebildeten Fällen an.

In der Welt der Gesunden oder vermeintlich Gesunden, die uns umgiebt, finden sich zahlreiche Individuen mit neuropathischen und speciell mit psychopathischen Zuständen, die durchaus nicht die Intensität erreicht haben, um die logischen Processe im gewöhnlichen Leben in sehr auffallender Weise zu stören. In ihrem Denken und Fühlen mannigfach durch organische Belastungen beeinflusst, können diese Individuen doch nicht nur das Leben unter Gesunden fortführen, sondern auch sehr oft einen gewissen Platz in der Welt mehr als nur leidlich ausfüllen und doch kann es sein, dass wir die dringendste Veranlassung haben, gewisse gesetzwidrige Handlungen dieser Menschen als wesentlich mitbeeinflusst durch die organische Belastung zu betrachten.

Nur von zwei Arten dieser leichteren psychopathischen Zustände möchte ich noch einige Worte bemerken.

Die eine, sehr zahlreich vorkommende Art habe ich schon oben als psychisch-schwächliche Menschen bezeichnet. Sie sind durch organische Ursachen in allen oder in einzelnen Beziehungen permanent unter dem mittleren Niveau psychischer Leistungsfähigkeit geblieben, aber im gewöhnlichen Leben, das ja selten die Aufbietung aller Geistes- und Gemüthskräfte bedarf, halten sie sich gut und führen sich richtig, besonders wenn noch günstige Einflüsse von ihrer Umgebng

auf sie einwirken. Unter ungewöhnlichen Umständen dagegen sehen wir sehr häufig ihre psychische Leistungsfähigkeit nicht ausreichen. Diese Umstände können rein körperlicher Art sein: es wird z. B. bei einzelnen dieser Menschen schon durch kleine Mengen alcoholischer Getränke die organische Belastung so erhöht, dass ihre logischen Processe ohne wirkliche Trunkenheit in Verwirrung gerathen. Oder es wirken die sexualen Entwicklungs- und Wechselzustände, die Pubertät und die Involution, die Schwangerschaft und das Puerperium, selbst schon die Menstruation störend in den haltlosen psychischen Mechanismus dieser Menschen ein. — Sehr häufig sind jene ungewöhnlichen Umstände geistiger Art. Vor aufregende Verhältnisse, vor schwierigere Lebenslagen gestellt, im Zustande von Leidenschaft oder Affect, der durch solche erregt wird, verlieren diese Individuen die Contenance, es kann zum „Ausbruche einer vorübergehenden Geistesstörung", aber auch nur zu einzelnen thätlichen Ausbrüchen kommen, die sie mit den Gesetzen in Conflict bringen. Denken Sie z. B. daran, wie in solchen von Hause aus organisch belasteten, haltlosen Naturen ein von aussen her erregtes Rachegefühl rasch zu einer Höhe anschwellen und übermannend werden kann, bei dem sich aber ein mittlerer Durchschnittsmensch noch immer ziemlich kühl verhalten hätte. Die Widerstandsfähigkeit dieser Naturen erscheint also geringer, sie sind leichter hinzureissen, ihr Denken, Empfinden und Wollen dürfen wir uns nicht ganz so wie das unsrige denken, wenn wir sie auch nicht für geisteskrank oder für blödsinnig oder wahnsinnig im Sinne des Gesetzes erkönnen. — Angesichts dieser Menschen habe ich es nie verstanden, dass ein so ausgezeichneter Gerichtsarzt wie Casper*) den Satz aufstellen konnte, dass manche Individuen wohl nicht mehr dispositionsfähig, aber doch noch zurechnungsfähig seien, dass die Zurechnungsfähigkeit gleichsam das Höhere sei, was noch bestehen könne, wenn das Niedere schon verloren gegangen sei. Mir will es nach der Beobachtung solcher Menschen eher scheinen, dass die Führung ihrer Geschäfte und die Besorgung ihrer bürgerlichen Angelegenheiten durchschnittlich eher dem Mittelmasse des Gesunden entsprechend möglich sein werde, als ein wohl besonnenes Verhalten gegenüber den Anreizen und den aufregenden und verwirrenden Einflüssen, die der Anlass zu einem Verbrechen mit sich bringt. Ich weiss wohl, dass auch im Geschäftsleben ungewöhnliche und aufregende Umstände eintreten

---

*) S. dessen Lehrbuch. Die Beispiele, die Casper dort anführt, beweisen den Satz nicht.

können, die störend auf diese Individuen wirken und sie zu unüberlegten Entschlüssen und Massregeln bestimmen und hinreissen können, aber schwächer als diese dürfen im Durchschnitte die perturbirenden Umstände bei Vergehen oder Verbrechen auf keinen Fall angeschlagen werden.

Es giebt aber ausser diesen leicht schwachsinnigen Menschen noch eine andere Classe von neuropathischen Individuen, die uns auch im gewöhnlichen Leben begegnen, die auch Niemand für „geisteskrank" erklären kann, und in denen doch psychopathische Zustände der unglücklichsten Art bestehen. Es sind dies Individuen mit, meistens verbreiteten, oft zu den epileptoiden Zuständen zu zählenden Neuropathieen, unter deren Symptomen anomale, dem mittleren Durchschnittsmenschen vollkommen fremde Instincte, Richtungen, Antriebe und Zwangsvorstellungen eine grosse Rolle spielen. Die leichteren Fälle dieser Art sind noch sehr wenig gekannt. In die Irrenanstalten kommen sie nicht und die Aerzte in der gewöhnlichen Praxis nehmen sehr selten ein näheres Interesse an ihnen, das äussere Leben dieser Leidenden zeigt wenig Auffallendes, wenngleich die, die in ihrer Intimität leben, manches von ihrem „sonderbaren", „excentrischen" Wesen zu erzählen wissen. Ich kann Sie aber versichern, dass unter diesen Menschen, die uns auf der Strasse, im Salon, im Theater wie andere Leute begegnen, nicht nur ganz neue wissenschaftliche Thatsachen der interessantesten Art zu beobachten, sondern auch Symptome aufzufinden sind, die zur Beleuchtung gewisser forensisch-psychiatrischer Fragen das wichtigste Material liefern. In der Stille des ärztlichen Consultationszimmers lassen uns diese so wohlerzogenen, äusserlich so netten Menschen oft hineinblicken in ein Jahrelang zerrüttetes, von den sonderbarsten, ja fast unerhörten Leiden gequältes Gemüth, in eine von den bizarrsten Aberrationen angefochtene Intelligenz und bitten uns dringend um Hülfe gegen überwältigende Leiden, von denen die Welt keine Ahnung hat.

Meine Herren! Bei Gelegenheit der Frage nach Abschaffung der Todesstrafe hat Einer gesagt und Andere haben es geistreich gefunden: Gut! aber die Mörder sollen anfangen! — Ja, wenn es lauter Mörder aus Bosheit gäbe!*)

*) Bis hierher geht die Reinschrift des Manuscripts; der Schluss, welchen Griesinger bis gegen die letzte Zeit seines Lebens hin immer noch selbst hinzufügen zu können hoffte, ist dem vorhandenen Brouillon entnommen. Die Randbemerkungen, welche sich zahlreich in diesem vorfinden, sind, wo sie sachlich und stylistisch dem Zusammenhange nicht wohl einzufügen waren, als Anmerkungen gegeben.
Westphal.

Aber was giebt es noch für „Mörder"? Man bekommt eine eigenthümliche Ansicht von manchen „Mördern", wenn Menschen von musterhaftem Leben, von vortrefflicher Bildung und Character, von feinen Sitten zu uns kommen wegen der unablässig quälenden Gedanken: wie schön es wäre, wenn ihre liebsten Angehörigen auf den Kirchhof gefahren würden — oder, dass sie „etwas thun", d. h. vielleicht ihre eigenen, zärtlich geliebten Kinder und dann sich selbst um's Leben bringen müssten. Einzelne gehen hin und thun es, bei Anderen versinken die Vorstellungen und die Antriebe wieder mit Nachlass ihres neuropathischen Zustandes.

Man bekommt eine eigenthümliche Ansicht über manche empörende, das sittliche Gefühl des Gesunden mit Ekel erfüllende Aberration, wenn man einmal von einem soliden, fein gebildeten und in der feinen Welt lebenden, aber allerdings hereditär stark belasteten Individuum das Geständniss entgegen genommen hat, dass er seit seinem achten Lebensjahre einen bei jeder Gelegenheit aufsteigenden, sexualen Trieb zu seinem eigenen Geschlechte, niemals aber noch einen gesunden und natürlichen empfunden hat.

Alle diese Individuen sind neuropathisch, Einzelne stark neuropathisch, Andere so, dass für eine mässig genaue Beobachtung die Neuropathie schwach erscheint.*) Oft äussert sich zur Zeit der Beobachtung die Neuropathie gerade nur auf psychischem Gebiete, als Phrenopathie, und da sie die logischen Prozesse nicht in Verwirrung setzt und überhaupt nicht sehr tief alterirt, so können diese leichteren Formen; wenn auch nicht leichteren Leiden, mit ihren anomalen Einfällen, Instincten, Trieben, Willensanreizen leicht in Bezug auf ihre krankhafte Natur verkannt, die organische Belastung des Seelenlebens kann übersehen und Antrieb und That solchen gleichgestellt werden, in denen egoistische Motive, moralische Verderbtheit, sittliche Gesunkenheit sich äussern; denn dieselben Vorstellungen können aus krankem und gesundem Mechanismus entstehen ....

Was ist nun endlich das practische Conclusum, zu dem wir kommen? — Das zuerst, dass der ärztliche Sachverständige, wenn er auch nicht mit diesen Worten vom Richter gefragt wird, sich überhaupt zuerst die Frage vorlege, ob in dem betreffenden Falle organische Belastung vorliege? welche? ob stark oder schwach? etc., dass er in die Detailfragen der Psychiatrie und der Neuropathologie sodann eingehe, wobei die Frage das Wichtigste und Interessanteste ist, ob vielleicht die That

*) Viele offener oder versteckter epileptisch.

direct oder unmittelbar als Symptom eines besonderen Nervenleidens gerade so wie Krämpfe, Lähmungen u. s. w. zu betrachten sei. Aber auch dem Richter und Gesetzgeber muss der Satz von der organischen Belastung in ihren verschiedenen Graden immer wieder vorgelegt und geläufig gemacht werden, dem Gesetzgeher, damit er sich wohl überlege, wie er aus dem aut — aut, entweder geisteskrank und unzurechnungsfähig oder geistesgesund und 20 Jahre Zuchthaus! für die zahlreichen Individuen herauskomme, welche noch nicht die Grenze überschritten haben, aber doch schwer genug durch ihre Belastung bedrückt sind; dem Richter, damit er unsere Auseinandersetzungen annehme, dass ein Mensch, dessen Handlungen im gemeinen Leben wir anders (milder) beurtheilen als die der gewöhnlichen Menschen, dass ein solcher auch in foro anders beurtheilt werden solle; damit er unserer Stimme Gehör schenke, wenn wir ihm diese Zustände erklären, damit er uns verstehe, wenn wir von dem Instinktiven, Triebartigen im Thun solcher Menschen, von ihrer geistigen Schwäche, welche etwas ganz Anderes als Blödsinn ist, sprechen und ihnen zeigen, dass sog. verständiges Sprechen nicht das wahre Criterium des Bestehens oder Nichtbestehens einer Störung ist.*) Wir erklären keinen für geisteskrank als den, den wir wirklich nach unserer innersten Ueberzeugung so nennen dürfen, mag es auch zuweilen schreckliche Folgen für einen solchen unglücklichen Menschen haben; dem Arzte steht es nicht zu, die Frage des Richters so lange zu drehen und zu wenden, bis er ihr einen seiner Meinung entsprechenden Sinn geben kann.**) Bei unserer ganzen zen heutigen Auffassung dieser Dinge kann die richtige Lösung der Schwierigkeit gegenwärtig nur in milden Strafen für solche Men-

*) Wohl dürfen wir auch in uns die Stimme der natürlichen Gerechtigkeit vernehmen, wir sind keine psychiatrischen Rechenmaschinen, aber gewöhnen wir uns nicht an das „mitius" ......

Sprechen wir nicht in zweifelhaften Fällen „in mitius"; das practische Leben und das Gericht kennt ein mitius und ein pejus, die Wissenschaft und die organische Natur nicht, wir zeigen somit gleich, dass wir den wissenschaftlichen Boden verlassen. Lässt sich die Frage nicht entscheiden, so thun wir es nicht. Suchen wir nicht als Irrenärzte unsern Ruhm darin, einen wirklich zweifelhaften Fall mit halben Beweisen zum geisteskranken zu stempeln, weichen wir aber auch nicht vor den Vorurtheilen zurück, wo wir gegenüber der Ansicht der Laien einen Fall für geisteskrank halten müssen.

**) Zwar muss der Arzt suchen, den Sinn richtig zu verstehen und muss sich nicht durch den Wortlaut leiten lassen. Sehr richtig sagt Mittermaier: diese Ausdrücke seien durch den Eindruck der zur Zeit der Abfassung des Gesetzes herrschenden wissenschaftlichen Ansichten entstanden, die oft jetzt veraltet. Der Arzt muss vom Standpunkte der heutigen Forschung seine Prüfung vornehmen.

schen bestehen. Auf solche aber hinzuwirken ist Sache des Gesetzgebers, des Richters und der vorgeschrittenen Rechtswissenschaft, nicht Sache der Aerzte.*)

Von Seiten der Psychiatrie hat hier nicht die psychologisirende und die abstracte dogmatische Richtung, sondern allein die neuropathologische, die cerebralpathologische Auffassung der Geisteskrankheiten in allen ihren Consequenzen Aussicht, den richtigen Principien Anerkennung zu verschaffen.

Das Studium der Entwickelung, des Verlaufes der Haupttypen, der pathologischen Anatomie und Aetiologie der Nervenkrankheiten, welche als Geisteskrankheiten in unsern Irrenhäusern sich befinden, vom Standpunkte, dass eben in jedem Falle eine bestimmte Erkrankung der Centralapparate zu erkennen ist, ist der Faden, der durch diese Labyrinthe führt, nicht die Theorieen der gerichtlichen Medicin. Die Fragen der Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit lassen wir bei Seite, sie mag der Richter aus den ihm von uns geordnet, klar und verarbeitet vorgelegten Thatsachen selbst entscheiden.

Im Laufe des Jahres sind mir drei Fälle vorgekommen, wo mein Superarbitrium Angeklagten bei ihren Richtern die ihnen gebührende Unzurechnungsfähigkeit erwirkte gegenüber früheren Gutachten, welche auf mehr oder weniger Zurechnungsfähigkeit hingeführt hatten. Etwa deshalb, weil die psychologischen Theorieen der früheren Beurtheiler irrig gewesen wären, weil unsere Ansichten über die libertas iudicii, die libertas consilii, über den Casper'schen Kampf zwischen dem guten und bösen Principe im Menschen auseinander gegangen wären, weil wir etwa verschiedenen Systemen in Betreff der menschlichen Freiheit gefolgt wären?**) Im Geringsten nicht; — mit all dem wären wir aus dem Gebiete der ärztlichen Beobachtung herausgetreten — vielmehr dadurch, dass ich nachweisen konnte, dass die Individuen epileptisch waren, dass ihre incriminirten Handlungen in nächster Verbindung mit epileptischen Anfällen standen, resp. psychische Aeusserungsweisen eines

*) Freuen wir uns der Thatsache, dass die heutige Criminal-Rechtspflege im Allgemeinen sehr bereitwillig die Hilfe der gerichtlichen Psychiatrie anruft; manche Verbrecher werden heute von den Richtern schon ganz anders angesehen als früher. Wenn uns zuweilen doch die härtesten Urtheile überraschen, so liegt dies in der Beschaffenheit der Gesetze und der vorgeschriebenen Fragen.

**) Selten wird die Nothwendigkeit der That, die Unmöglichkeit für den Menschen, sie zu unterlassen, bewiesen werden können, meist wird man sich mit den Beweisen der organischen Belastung überhaupt, öfters selbst mit deren Wahrscheinlichkeit begnügen müssen.

epileptoiden Zustandes gewesen waren; in allen dreien war dieser epileptische Zustand nicht erkannt gewesen.

Das Individuum zum Hauptgegenstande seiner Untersuchung machen, nicht bloss in psychologischer, sondern in organischer, Leib und Seele*) zusammen betrachtender Auffassung, sein Kranksein oder Gesundsein vor der That und, wenn das Kranksein da war, Entstehung, Entwickelung und Verlauf desselben zu demonstriren, das unterscheidet die heutige forensische Psychiatrie wesentlich von der älteren, wo überwiegend die That zum Gegenstande der Betrachtung gemacht wurde.**)

Es wird nicht an Gelegenheit fehlen, Ihnen diese Sätze an concreten Beispielen deutlicher zu machen, denn auch in diesem (gerichtlich-medicinischen) Theile unseres Unterrichts werde ich so viel als möglich den demonstrativen Weg gehen; wir haben immer Individuen auf der Abtheilung, welche zur Exemplification bei Besprechung der Frage dienen können und werde ich jedesmal Kranke vorführen und an diesen die Hauptsätze der polizeilichen, civil- und criminalrechtlichen forensischen Psychiatrie Ihnen ad oculus demonstriren.

---

*) Als: Körperbau, Schädel, Gesichts-Entwickelung, Heredität, physiologische Vorgänge, Menstruation, Puerperium, Symptome von Krämpfen, Lähmung, Anästhesie, Sprache, Gemüth, Gedächtniss etc.; Aetiologie.

**) Die organische Belastung, ihr Grad und der Grad der Widerstandsfähigkeit des Individuums müssen aus der Gesammtheit seiner Individualität, seiner leiblichen und geistigen Persönlichkeit, wie sie im Lichte der Neuropathologie erscheint, geschätzt werden . . . . . .

XXXVII.

Gutachten über den Gemüths-Zustand des Referendarius a. D. N. X.

Von

Dr. Wilh. Sander,

erstem Assistenzarzt an der Irrenabtheilung der Charité zu Berlin.

Die Motive für die Veröffentlichung des nachstehenden Gutachtens dürften dem Kundigen wohl aus diesem selbst klar sein. Es handelt sich darin um eine Krankheitsform, welche ebenso wohl in theoretischer, als auch in practischer, namentlich in forensischer Beziehung ein ganz besonderes Interesse darbietet. Diese Individuen, welche unter stark ausgeprägter, hereditärer Belastung stehend nicht die bekannteren typischen Irrseinformen zeigen, nicht einen so hohen Grad geistiger Schwäche offenbaren, dass man sie als Idioten ansehen kann, welche aber bei mehr oder weniger hervortretender geistiger Insufficienz von Kindheit an durch die Mangelhaftigkeit ihrer Leistungen, durch die abnorme Gemüthsbeschaffenheit und durch die Perversität ihrer Handlungen auffällig werden, sie werden noch immer nicht in der ihnen zustehenden Weise gewürdigt, sie bieten noch immer die grössten Schwierigkeiten für die Diagnose, für die forensische Beurtheilung. Diese Schwierigkeiten steigen, wenn, wie im vorliegenden Falle, das betreffende Individuum den gebildeteren Ständen angehört, wenn es durch Erziehung und Nachahmung seiner Umgebung einen gewissen Schliff, die Umgangsformen und äusserliche Lebensweise seines Standes, die Redeweise desselben im Allgemeinen annimmt und bis zu einem gewissen Grade auch fest hält. Die Schwierigkeit ist um so grösser, wenn, wie ebenfalls im vorliegenden Falle, die epileptoiden Zustände nicht zur Beobachtung kommen, welche als Symptome des zu Grunde liegenden Hirnleidens die psychischen Symptome zu begleiten pflegen, wenn die somatischen Abnormitäten, welche ebenfalls

meist das Bild der Degeneration zu vervollständigen pflegen, gar nicht vorhanden oder nicht recht deutlich markirt sind. Lässt sich dieser Zustand aber überhaupt schon schwer als Krankheit erkennen und Andern demonstriren, so wächst die Verlegenheit, wenn man, um ihm gerecht zu werden, gezwungen ist, ihn unter den landrechtlichen Begriff des „Blödsinns" zu subsummiren, wenn man von einem Individuum, das dem Laien ganz besonnen und Nichts weniger als unüberlegt erscheint, beweisen soll, „dass es nicht im Stande ist, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen." Und doch ist es, wenn bei irgend welchen Geisteskranken, grade bei diesen erforderlich, dass der Staat sie unter seine Vormundschaft nimmt, dass die Gesellschaft sie der Verantwortlichkeit für ihre Handlungen entlastet! Diese Individuen sind für die achtbarsten Familien eine Ursache vielfachen und anhaltenden Kummers, ja (bei der jetzt meist noch vorhandenen Auffassung) selbst grenzenloser Schmach. —

In Rücksicht auf das Vorstehende glaube ich entschuldigt zu sein, wenn ich das folgende Gutachten als einen Beitrag zur Erkennung und forensischen Beurtheilung der so wichtigen Krankheitsform auch weiteren Kreisen mittheile.

Der Referendarius a. D. N. X. wurde am 27. September 1833 in Berlin geboren. Er stammt aus einer Familie, in welcher die erbliche Anlage zu Geistesstörungen stark ausgeprägt ist. Abgesehen davon, dass mehrere Glieder der Familie wirklich geisteskrank gewesen sind, so zeigt sich auch bei mehreren andern, wenn sie auch nicht gradezu als irre zu betrachten sind, eine nervöse Reizbarkeit oder ein auffälliges, excentrisches Benehmen.

Provokat selbst soll körperlich nie bedeutend erkrankt gewesen sein; dagegen zeigte er schon frühzeitig eine abnorme geistige Entwicklung. Wenn diese in den Kinderjahren weniger hervortrat, so liegt dies daran, dass man bei Kindern viele Handlungen, welche dem Kundigen Zeichen angeborner oder früh entstandener Hirnstörungen sind, als gewöhnliche kindische Ungezogenheiten aufzufassen gewöhnt ist, und dass man die mangelnde Fassungsgabe in diesem Alter nicht als geistige Schwäche betrachtet, sondern sie der „Faulheit" zuschreibt und in geringen Graden ganz unbeachtet lässt. Je älter aber X. wurde, d. h. je mehr er zuerst noch receptiv, später auch productiv leisten sollte, je mehr sich der Kreis seiner Anschauungen erweitern sollte, je mehr er mit andern Personen in Berührung kam und seine Lebensverhältnisse schwieriger wurden, kurz je mehr Ansprüche das Leben an ihn stellte, desto mehr trat auch seine geistige Insufficienz hervor

und desto auffälliger wurde sein Benehmen, in Folge dessen man ihn zwar nicht als einen Irren ansah (denn von einem solchen hat man im gewöhnlichen Leben andere Anschauungen), wohl aber als einen „verschrobenen“, „verrückten“ Menschen im populären Sinne des Wortes. Er besuchte das Gymnasium, widmete sich nach abgelegter Abiturienten-Prüfung der juristischen Carriere und bestand die beiden ersten Examina in derselben. Wie man von Allen, die ihn kennen, hört, würde es ihm nicht gelungen sein, so weit in einer wissenschaftlichen Laufbahn vorzudringen, wenn er sich nicht bedeutender Nachhülfe erfreut hätte, und wenn nicht Lehrer und Vorgesetzte besondere Rücksichten auf seine Familie genommen hätten. Wenn er aber trotzdem mehr als 20 Jahre alt wurde, ehe er das Abiturienten-Examen machte, wenn er noch mit 30 Jahren Referendar war, so zeigt das in unsern jetzigen socialen Verhältnissen bei einem Manne, der in Berlin geboren gleich von Jugend auf und ohne Störung hinter einander fort die Lehranstalten besuchen kann, ein Zurückbleiben hinter seinen Altersgenossen an, welches man wohl einer geistigen Schwäche zuschreiben muss. Als Referendar beim Kammergericht beschäftigt, vernachlässigte er, wie aus seinen Personalakten hervorgeht, die ihm anvertrauten Geschäfte so, dass ihm sehr viele Rügen ertheilt und mehrfach mit Entlassung gedroht wurde, die denn auch schliesslich erfolgte, nachdem sich herausgestellt, dass auch seine pecuniären Verhältnisse äusserst derangirt seien. —

Was nun das sonstige psychische Leben des Exploraten anlangt, so ist allerdings nicht zu berichten, dass er so verkehrte Vorstellungen geäussert oder bei seinen Handlungen die äussere Besonnenheit so sehr hätte vermissen lassen, dass er seiner Umgebung (von Laien) als „geistesgestört“ erschienen wäre. Dagegen erzählen alle Personen, die ihn gekannt haben, und die ich gesprochen habe, dass er immer auffällig gewesen sei. Er wurde, je nachdem seine Handlungen blos einfach sonderbar erschienen oder den Charakter von Gemeinheiten und auch wohl von Vergehen annahmen, bald mehr als „verschroben“, bald wohl auch als „niederträchtiger, schlechter Kerl“ angesehen. Auch erschien es eigentlich Niemandem auffällig, dass er in eine Irrenanstalt gekommen; nur Manche, denen es bekannt war, dass er Wechsel gefälscht hat, meinten, er könne sich auch blos verstellen und gehöre mehr in ein Gefängniss als in eine Krankenanstalt.*) Gemäss dieser

*) Von einer Simulation kann, wie ich gleich hier bemerken will, um später darauf nicht mehr zurückkommen zu müssen, gegenwärtig gar nicht die Rede sein.

Auffassungsweise und nach der Natur der psychischen Störung des Exploraten ist es nun natürlich, dass sich aus den Berichten seiner Umgebung keine Krankengeschichte in der Art zusammensetzen lässt, dass man die organische Entwicklung der Krankheit und ihre allmählige Ausbreitung genau verfolgen könnte; es sind vielmehr nur eine Menge einzelner Züge, besonders verkehrter Handlungen, die der eine oder andere beobachtet hat, die mir, ich möchte fast sagen anekdotenartig, berichtet worden sind, während das minder Auffällige und das der normalen Lebensweise Entsprechende nicht weiter berücksichtigt wurde. Nichtsdestoweniger halte ich es doch für nöthig, hier die charakteristischsten dieser einzelnen Züge wiederzugeben, da sie wesentlich bei der Beurtheilung des Exploraten sind.

Das Attest des den Provokaten seit vielen Jahren kennenden Dr. R., auf Grund dessen die Aufnahme in die Charité erfolgte, äussert u. A.: „Hochmuth, Trägheit, Verschwendung, Unpünktlichkeit, Vergnügungs- und Zerstreuungssucht sind von jeher hervorragende Eigenschaften desselben gewesen, und sind es seit einigen Jahren in so hohem Grade, dass dieselben nur durch die Annahme einer Geisteskrankheit erklärbar werden.“ — „Von früher Kindheit an hat X. die Eigenthümlichkeit gehabt, früh nach dem Verlassen des Bettes und Abends beim Zubettegehen auf eine höchst auffallende Art im Zimmer umherzutanzen und zu toben, auf Stühle und Tische zu springen, gegen die Wände des Zimmers zu rennen, — eine Gewohnheit, die er bis heute nicht abgelegt hat, und die sehr häufig und in den verschiedensten Wohnungen Veranlassung für seine Mitbewohner oder Wirthsleute geworden ist, auf seine Entfernung aus dem Hause zu dringen.“ — „Die Bedrängniss, in welche seine Familie durch den Tod des Vaters versetzt wurde, wo X. durch die mässigste Anstrengung noch im Stande gewesen wäre, sich im Justizdienste zu erhalten, machte auf denselben nicht den geringsten Eindruck. Anstatt das geringe Mass von Arbeit, das ihm zugemuthet wurde, zu leisten, trieb

schon deshalb nicht, weil die Erscheinungen, welche X. bietet, gar nicht erst in neuerer Zeit bei ihm aufgetreten sind, sondern von Kindheit an bestehen und nur immer deutlicher hervorgetreten sind, je ausgebreiteter seine Beziehungen zur Aussenwelt mit zunehmendem Alter wurden. Aber es ist sehr leicht möglich und fast wahrscheinlich, dass X. später, wenn er wieder auf freiem Fusse leben sollte, in ernstliche Conflikte mit dem Strafrechte kommen wird, und dass er dann auch zur Simulation einer Geistesstörung greifen kann. Die Simulation wird dann, weil plump angelegt, leicht zu entdecken sein, die Geistesstörung aber, da sie durch die Simulation verdeckt und überhaupt schwer zu beurtheilen ist, wahrscheinlich einfach abgeläugnet werden.

er sich Tage und Nächte umher. Kein öffentliches Fest, keine Trauung, keine Leichenfeier, von der er irgendwie Kenntniss erhielt, liess er vorübergehen, ohne sich durch seine Anwesenheit in der Kirche oder im Trauerhause zu betheiligen, ohne zu der betreffenden Feier in irgend einer Beziehung zu stehen. Dabei besuchte er alle möglichen öffentlichen Vergnügungsorte, borgte Geld wo er es irgend bekommen konnte, betrog wo er konnte, überall grossartig auftretend, schliesslich oft, ohne seine Zeche bezahlt zu haben, sich wegschleichend. Allen Ermahnungen, irgend eine Thätigkeit zu ergreifen, trat er entgegen, indem er mit Pathos seine hohe Würde und seinen Beruf, in der Welt eine hohe Stellung einzunehmen, hervorhob. Bei solchen Gelegenheiten ging er wiederholentlich so weit, seine Mutter, eine fein gebildete Frau, die ihm stets mit der aufopferndsten Liebe begegnet ist und leider bis heute mit der höchsten Selbstverleugnung und mit Hintansetzung der Interessen ihrer andern zahlreichen Kinder immer wieder aus seinen tausendfachen Geldverlegenheiten gerissen hat, in das Gesicht zu schlagen oder ihr zu sagen: „Du verdientest, dass ich Dich anspeie, wenn Du mir zumuthen kannst, dass ich in einer untergeordneten Stellung mein Brod erwerben soll."" — „Fast überall, wo er gewohnt, hat er bisweilen Flur und Treppen dadurch verunreinigt, dass er seine Stuhlausleerungen darauf verrichtet hat, was er auch bisweilen auf Stühlen und andern Möbeln seines Zimmers gethan. Wiederholentlich soll er Dienstmädchen, und zwar zweien zugleich, seine Geschlechtstheile gezeigt haben; oft legte er sich mit nacktem Oberkörper in das nach der Strasse führende Fenster; oft hielt er, auf dem Nachtstuhle sitzend, laute Reden, die alle Mitbewohner des Hauses störten." — „Er hat oft in seinem leeren Zimmer vor dem leeren Sopha lange Reden zu einer darauf befindlichen, fingirten Dame gehalten, sich davor verneigt, um Erlaubniss gebeten, ihre Hände, Füsse und ihren Schirm küssen zu dürfen. Ein zwölfjähriges Mädchen, Tochter einer seiner Wirthinnen, hat er nach deren Aussage wohl zwölfmal feierlich confirmirt, d. h. eine feierliche Ansprache wie bei einer Confirmation an sie gerichtet."

Folgende Einzelheiten wurden mir noch theils von der Mutter des Provokaten, theils von seinem Vetter, dem geheimen Kanzleirath P., mitgetheilt: Er lag Vormittags bis 12 Uhr im Bett, frühstückte im Bett. Dann rannte er in der Stube herum, sprang „deckenhoch", sang und sprach dabei. Dies trieb er ein paar Stunden, so dass er in Schweiss gerieth. Damit er ein regelmässiges Essen habe, bezahlte man für ihn das Mittagessen dort, wo

er wohnte. Er kam aber nie zur rechten Zeit zum Essen, gewöhnlich um mehrere Stunden zu spät. Des Nachts kam er immer sehr spät nach Hause, auch als der Vater noch lebte; damals musste er aber dann gleich zu Bette gehen, weil der Vater dicht daneben schlief; später aber sprang er auch vor dem Schlafengehen herum. Dies war so schlimm, dass die Wirthsleute und Nachbarn sich beschwerten und ihn nicht mehr bei sich behalten wollten. Als ihm das Zimmer angewiesen wurde, in welchem der Vater gestorben war, sprang er die ganze Nacht herum und raste förmlich, so dass die Hausbesitzer nicht schlafen konnten, die Polizei holten und der Mutter sagen liessen, sie solle den „verrückten Menschen“ wegbringen.

Er war stets ohne jede Arbeitsfähigkeit und hat in den letzten drei Jahren gar nichts Bestimmtes gethan. Als er vorschriftsmässig als Referendar bei einem Rechtsanwalt arbeitete, vernachlässigte er seine Arbeiten so, dass jener aus Interesse für die Familie Briefe an ihn schrieb, er möchte doch wenigstens hinkommen, damit er ihm das nothwendige Attest ausstellen könne. Nach dem zweiten Examen brachte ihn der Vater in eine sehr günstige Stellung beim Ministerium, die ihm die besten Aussichten bot: er kam aber oft gar nicht oder viel zu spät hin, arbeitete nicht und ging weg, wenn irgend etwas in der Stadt zu sehen war. Während seiner einjährigen Dienstzeit als Freiwilliger hat er es nicht dazu gebracht, exerciren zu lernen, so dass er nicht einmal Gefreiter wurde. Er zeigte sich unbrauchbar und wurde noch in den letzten Monaten vor den Andern blamirt. Ueberhaupt zeigte er sich in vielen gewöhnlichen Thätigkeiten ungeschickt: man musste ihm die Kartoffeln schälen, die Butter auf's Brod streichen u. dgl. Immer fand er den Grund, warum er nicht arbeiten könne, in irgend einem Umstande; bald z. B. war die Stube zu klein, bald wünschte er in derselben „einen gewissen Comfort“ zu haben u. ä. Es versteht sich von selbst, dass er, auch wenn man das Möglichste darin that, doch Nichts leistete.

Bei solcher Unfähigkeit zu realer Thätigkeit entwickelte er eine grosse Geschäftigkeit in gewissen Dingen, die andern Menschen nebensächlich sind. Er interessirte sich sehr für Adressen und Namen, so dass er von ihm ganz fremden Personen die Wohnungen und Familienbeziehungen kannte, und, wie sein Bruder äusserte, „die Rang- und Quartierliste fast auswendig wusste.“ Als sein Bruder in Bethanien gestorben war, ging er mit dem Vetter dahin, um ihn noch einmal zu sehen. Plötzlich verschwindet er von der Seite des Vetters auf der Strasse und sieht sich eine ganze Strecke davon entfernt die Klingel-

schilder der Häuser an; er habe blos sehen wollen, wer da wohnt. Bei Hofbällen drängte er sich zuweilen in das Schloss, mischte sich unter die Diener, liess sich auch wohl von einem derselben einen Mantel geben (um gewissermassen dadurch zum Eintritt berechtigt zu erscheinen) und ging damit in die Säle, obgleich Personen dort waren, die ihn kannten. Ueberhaupt hatte er eine gewisse Sucht, sich den hohen Herrschaften zu zeigen. Beim Spazierengehen mit seinen Verwandten läuft er plötzlich eine ganze Strecke weit von diesen fort, um vor einer Königlichen Equipage, die er in der Ferne gesehen hat, sich zu verbeugen. — Er setzte sich, auch wo er ganz unbekannt war, zu den Dienstmädchen in die Küche und fragte sie über ihre Herrschaften aus. Einmal schlich er sich des Nachts in ein Haus in der Nähe seiner Wohnung ein und wollte bei einer ältlichen Dame Einlass haben, ohne sie zu kennen. Auch hierbei scheint nur die Absicht, „eine Bekanntschaft zu machen," vorgewaltet zu haben. —

In der eignen Familie konnte er nicht behalten werden, weil er eine „enorme Brutalität" gegen dieselbe offenbarte; er schlug der Mutter in's Gesicht, gab dem Vater einen Fusstoss. Er erfand sich oft gemeine Verläumdungen gegen die andern Familienglieder und behauptete früher, sein Onkel hätte Geld für ihn und behielte es ihm vor, obgleich er wohl wusste, dass der Vater Nichts hinterlassen. Obgleich ihm die Mutter oft erklärt hatte, er solle nicht mehr zu ihr kommen, und man ihm nicht öffnete, wenn er kam, so klingelte er doch so lange und beständig, bis die Mutter herauskam und ihm sagte, er solle gehen, sie wolle mit ihm Nichts zu thun haben; darauf wartete er wohl eine halbe Stunde an der Thür und begann dann von Neuem zu klingeln; oder er ging inzwischen auch wohl zu den Dienstmädchen anderer Herrschaften und blamirte ihnen gegenüber die Familie; er liess sich von ihnen zum Narren halten und zeigte ihnen u. A. einmal seine Geschlechtstheile, als sie ihn neckten, er sei gar kein Mann. Seiner Mutter erklärte er einmal, er werde das Dienstmädchen heirathen, es sei seine Braut, sie solle sie gut behandeln u. dgl. — In einem Bierlokale predigte er vor den beiden Burschen, die ihn den „verrückten Referendar" nannten. Er liebte es überhaupt laut zu sprechen und äusserte einmal, nachdem er überlaut geschrieen hatte, zur Mutter: „Ich habe eine gute Stimme; ich muss eine Anstellung erhalten, wo ich meine Stimme durch Singen mit verwerthen kann." — Er besuchte oft auch ohne Geld öffentliche Lokale, entfernte sich in gemeiner Weise ohne zu bezahlen und wurde auch zuweilen ertappt; er liess sich wohl auch den Rock als Pfand für die Bezahlung abziehen.

Da die Aussagen der Verwandten vielleicht Manchem parteiisch erscheinen könnten, so will ich noch in Kürze mittheilen, was ein mir bekannter Assessor, der mit dem Provokaten zusammen das Gymnasium besuchte und studirte, über ihn äusserte: Er galt schon im Gymnasium als verschroben, liess sich hänseln und wurde von den Lehrern als dummer Junge behandelt; er hat wenig gelernt, war faul; die Lehrer waren stets unzufrieden. Beim Examen kam er mit Hangen und Bangen durch. Als Student war er unthätig. Er weiss alle Familiengeschichten, wie viel Töchter der oder jener hat, wie viele verheirathet sind u. dgl. Er wurde deshalb von den Bekannten der "Gothaische Kalender" genannt. Bei keinem irgend bedeutenden Begräbnisse fehlte er, und man behauptete daher, er lese alle Todesanzeigen zu dem Zwecke. Einmal lief er vom Mittagstisch, nachdem er sich eben eine Speise bestellt, weg um der Trauerfeierlichkeit einer ihm ganz fremden und obscuren Frau beizuwohnen. Er zeigte eine „vollständige Vernichtung des Ehrgefühls" und benahm sich in Lokalen so, dass man gar nicht davon sprechen will. —

Dies waren die Antecedentien, mit denen Explorat am 16. Juli 1865 der Irrenstation der Charité zugeführt wurde. Hier hatte ich Gelegenheit, ihn vier Monate hindurch genau zu beobachten. Nach seiner Entlassung sah ich ihn noch bei den Vorbesuchen und im Explorationstermine und nahm Gelegenheit, mich bei einzelnen Personen, namentlich auch bei den Aerzten, die ihn später in Beobachtung hatten, genauer nach ihm zu erkundigen. Nach allen diesen Beobachtungen habe ich mir über den Provokaten das im Folgenden abzugebende Urtheil gebildet.

X. ist ein Mann von mehr als mittlerer Grösse und starkem Knochenbau; sein Fettpolster ist in auffälligem Masse reichlich entwickelt, dagegen die Muskulatur nicht grade sehr kräftig. Der Kopf ist, namentlich im Verhältniss zur Grösse des übrigen Körpers, klein, was besonders den Hirnschädel betrifft, der aber im Uebrigen keine auffälligen Formanomalien zeigt. Die Ohren sind klein und haben keine Ohrläppchen. Die Gesichtszüge sind für das Alter wenig markirt, schlaff, sonst regelmässig. Die Untersuchung der Brust- und Unterleibsorgane ergiebt keine Abweichung von der Norm, namentlich sind auch die Genitalien wohlgebildet; sein Geschlechtstrieb soll sehr gering sein (nach Aussage der Verwandten) und man zweifelt sogar an seinem Zeugungsvermögen, doch lässt sich darüber natürlich nichts Sicheres ermitteln; Masturbation wird von ihm selbst in Abrede gestellt. Die vegetativen Funktionen des Körpers gehen alle in normaler Weise von

Statten. In Betreff der Motilität ist zu bemerken, dass ich mehrmals bei ihm eine Ungleichheit der Pupillen, eine einseitige Erweiterung der rechten beobachtet habe, ohne dass sich dafür eine lokale Ursache auffinden liess. Sonst verhalten sich Motilität und Sensibilität, so wie die Funktionen der Sinnesorgane normal. Der Schlaf ist ungestört. Anfälle von Schwindel oder Krämpfen sollen nie vorhanden gewesen sein.

Bei Betrachtung der geistigen Lebensäusserungen des Exploraten muss man zunächst von der Erwartung absehen, auffällige und Jedem gleich einleuchtende Abnormitäten der Intelligenz zu finden. Er ist keinen Sinnestäuschungen unterworfen und äussert auch keine Wahnvorstellungen; er spricht wenn auch oft abschweifend, doch nicht durcheinander oder verwirrt. Ebenso tragen seine Handlungen nicht den Stempel gänzlicher Sinnlosigkeit; er besitzt, wie man wohl sagen kann, die äussere Besonnenheit; er hält sich in Kleidung und äusserem Benehmen wie andere Personen seines Standes und kann sich in einer Gesellschaft wohl einige Zeit bewegen, ohne grade sehr auffällig zu werden. Seine Unterhaltung wird vielleicht von Manchem interessant gefunden werden; denn er besitzt in der That eine gewisse Gewandheit der Rede und versteht sie zuweilen durch einige Citate aus Dichtern zu schmücken. Wenn dies genügt, um die geistige Gesundheit eines Menschen zu beweisen, so kann man den Provokaten allerdings nicht für geisteskrank erklären. Aber es dürfte dies dem heutigen Standpunkte der ärztlichen Wissenschaft nicht entsprechen; denn es giebt nicht nur einzelne Geisteskranke, sondern ganze Gruppen unzweifelhafter Geistesstörungen, bei denen sich die davon betroffenen Personen beständig oder zeitweise grade so verhalten. Es kommt also darauf an, positive Beweise für die geistige Störung zu suchen; sind diese gefunden, so kann das scheinbar gesunde Räsonnement und die äussere Besonnenheit für die Zwecke des Gerichts nicht weiter in Anschlag gebracht werden, wenn sie auch für die Classifikation und ärztliche Betrachtung wichtig genug sind.

Wenn man sich durch die Redefertigkeit und die vielen Phrasen nicht täuschen lässt, sondern die Worte des Provokaten etwas genauer prüft, so lässt sich eine gewisse Schwäche der Intelligenz bei ihm nicht verkennen. Sie ist, wie ich noch einmal hervorheben will, allerdings nur in mässigem Grade, aber doch deutlich vorhanden. Eine solche Schwäche äussert sich im jugendlichen Alter hauptsächlich in der Unfähigkeit oder Schwierigkeit, dem Unterrichte ausreichend zu folgen, und zwar sind es natürlich weniger die Gegenstände, welche

durch ein mechanisches Auswendiglernen zu erreichen sind, als vielmehr diejenigen, bei denen sich die Schärfe des Verstandes übt und bildet (wie z. B. die Mathematik), wo jene Schwierigkeit zu Tage tritt. Dass dies bei Provokaten der Fall war, ist bereits früher erwähnt worden, und ich will hier nur noch hinzufügen, dass er z. B. nicht im Stande ist, eine ganz einfache Gleichung aufzulösen. Im späteren Alter, in welchem der Mensch sich nicht mehr blos receptiv verhält, sondern sich in den verschiedensten Lagen des Lebens bewegen und etwas leisten muss, zeigt sich die Schwäche der Intelligenz hauptsächlich wohl in der unrichtigen Auffassung der äusseren Verhältnisse, in der Unfähigkeit, sich diesen anzupassen, und in mangelhafter Schärfe des Urtheils überhaupt. Dass es Provokaten nicht gelungen ist, den Anforderungen, welche das Leben an ihn stellte, auch nur annähernd zu genügen, ist im Vorhergehenden wohl hinlänglich bewiesen; er konnte sich den Verhältnissen seiner Familie ebensowenig accommodiren, als die wahrlich nicht zu hohen Anforderungen seiner Vorgesetzten und der einmal ergriffenen Carriere befriedigen, und er verstiess sogar gegen die einfachsten, in seiner gesellschaftlichen Stellung geltenden Regeln des Anstandes und der guten Sitte. Relativ sehr einfach sind die Verhältnisse einer Irrenanstalt, und wir sehen an den Reconvalescenten und Genesenen, dass es nicht schwierig ist, in ihnen zu leben, ohne den geringsten Anstoss zu geben. Aber nicht einmal diesen geringen Anforderungen vermochte Explorat zu genügen, obgleich ihm von ärztlicher Seite in jeder möglichen Weise Vorschub geleistet wurde. Er war zuerst ganz unbekümmert um seinen Aufenthalt in der Anstalt und dachte nicht im Geringsten an den Einfluss, den derselbe auf seine Zukunft haben könnte; er sang und tanzte heiter mit den schwachsinnigen Kranken im Zimmer umher. Später verlangte er wohl seine Entlassung, tröstete sich aber von einem Tage zum andern, dass er abgeholt werden würde. Er zeigte keinen Trieb, sich irgendwie regelmässig, den Umständen angemessen zu beschäftigen, und liess sich auch durch Andere durchaus nicht dazu bewegen; er entbehrt eben jeder Arbeitsfähigkeit. Seine Wünsche concentrirten sich in Erleichterung seiner materiellen Lage, namentlich in besserem Essen: Kuchen, Obst und Wurst bestellte er sich in Briefen an seine Angehörigen und unterliess nicht, genau anzugeben, wo die Wurst gekauft werden sollte. Auch konnte man bald bemerken, dass sich die gebildeten Kranken (und es waren zu gleicher Zeit mit ihm mehrere in der Anstalt) von ihm zurückzogen, sie bezeichneten ihn als nicht passend für ihren Umgang; er suchte die schwach-

sinnigsten Kranken auf, gerieth natürlich häufig in Conflicte mit ihnen und wurde dann wörtlich und thätlich brutal. Schon nach wenigen Wochen lebte er mit Allen in Streit. So notirte ich u. A. am 15. Oct.: „Patient hat es bereits so weit gebracht, dass er mit allen Kranken auf Kriegsfuss steht. Während sich die anständigen und gebildeten von ihm zurückziehen, wird er von den roheren entweder gehänselt oder bedroht, wenn er, wie oft, Neckereien oder Hetzereien anstiftet. Er zeigt sich allen Ehrgefühls baar, bettelt sich von andern Kranken Kuchen u. dgl., lässt sich mit ihnen in Unterhaltungen ein und fragt sie über ihre Verhältnisse aus, benutzt das, was er erfahren, um sie gegen einander aufzuhetzen, oder um sie selbst aufzuziehen; er bietet einem Menschen, mit dem er sich schon oft gezankt, seine Brüderschaft an u. dgl.“ Es wurde ihm oft, namentlich da er seine beständige Unthätigkeit dadurch motivirte, dass er „hier nicht arbeiten könne,“ die Erlaubniss angeboten, in einem aparten Zimmer sich zu beschäftigen. Er nahm sie nicht an und äusserte u. A. einmal: „Da wär' ich doch ein rechter Narr; lieber sitze ich doch hier unter den Andern und amüsire mich und mache Zoten mit ihnen.“ Im Ganzen ähnlich war sein Verhalten in der städtischen Irrenanstalt und ist es äusserem Vernehmen nach auch jetzt in der Anstalt zu Neustadt-Eberswalde. Es dürfte wohl aber keinem Zweifel unterliegen, dass das geschilderte Benehmen nicht das eines gesunden Menschen ist, namentlich wenn ihm daran liegt, seine geistige Gesundheit zu beweisen und seine Freiheit wieder zu erlangen. Es zeigt sich eben hier nur in kleineren, engeren Verhältnissen dieselbe Unfähigkeit, sie richtig aufzufassen und sich ihnen angemessen zu bewegen, wie sie früher unter schwierigeren Verhältnissen schon stets hervorgetreten ist.

Dass Provokat eine bedeutende Schwäche des Urtheils hat, konnte ich oft genug bemerken. Er war z. B. nicht im Stande, selbst die geistig schwächsten und verwirrtesten Kranken richtig zu beurtheilen, hielt einmal einen ganz blödsinnigen Kranken, bei dem Niemand mehr zweifelhaft war, für zurechnungsfähig u. ä. Von einer kleinen Geschwulst im Gesichte wollte er durch „Sympathie“ befreit werden; ein anderer Kranker hatte ihm gerathen, bei abnehmendem Monde mit dem Finger über die Geschwulst zu streichen und dabei zu sagen: „Was ich ansehe soll zunehmen, was ich bestreiche, soll abnehmen.“ Provokat war offenbar fest von der Wirksamkeit dieses Mittels überzeugt. Was wird man von der Urtheilsfähigkeit eines Mannes, der bis zu einem gewissen Grade wissenschaftlicher Bildung gekommen ist, denken, wenn er als Beweis dafür, dass er sich geistig beschäftigt,

anführt, er lese jetzt die Geschichte Frankreichs, wenn man sieht, dass seine Lectüre das Conversationslexikon vom Jahre 1839 ist? Dies war überhaupt seine Lieblingslektüre, und einmal antwortete er mir, als ich ihn dabei traf und fragte, ob er sich geistig beschäftigte: „Ja; ich lese etwas, aber alles gründlich!“ Ist es nicht ein charakteristisches Zeichen geistiger Schwäche, wenn Jemand alle seine Briefe an die Angehörigen, selbst an die bedeutend ältere Schwester unterschreibt mit: „Dein ältester Sohn; Dein ältester Bruder“, oder wenn er, nachdem er lange auf einen Besuch gewartet hatte, um seine Familie dazu zu bewegen, ihn wieder heraus zu nehmen, mit dem ihn besuchenden, um wenige Jahre jüngeren Bruder, einem Assessor, fast gar nicht spricht, und auf die Frage, warum er die Gelegenheit nicht besser benutzt habe, antwortet: „Was soll ich mich mit meinem jüngeren Bruder aussprechen!?“ — Es ist endlich auch in den Reden des Provokaten eine geistige Schwäche nicht zu verkennen. Lässt man sich durch die Schnelligkeit und Sicherheit beim Sprechen nicht blenden, so wird man bald bemerken, dass er sich in landläufigen oder selbstgemachten Phrasen bewegt, die immer wiederkehren, dass die von ihm gebrauchten Citate sehr oft sich wiederholen, und dass sich nur selten eigne Gedanken darin finden. Er ist oft nicht im Stande, die ihm vorgelegten Fragen scharf aufzufassen und präcis zu beantworten. Die im Vorhergehenden angeführten verkehrten Handlungen kann er, obgleich er im Ganzen läugnet, doch im Einzelnen nicht ganz in Abrede stellen; er sucht sie in schwachsinniger Weise entweder zu erklären oder als irrelevant darzustellen. So meint er z. B. in Betreff des Predigens in Bierlokale, er habe wohl seine Gabe, fremde Stimmen nachzuahmen, zeigen wollen, oder, als Grund, dass die Leute sich über den Lärm beschwerten, den er verursachte, führt er seine schöne und kräftige Stimme an u. ä. Am liebsten gebraucht er die Phrase, man solle ihm die anteriora bei Seite lassen. Häufig wiederholt sich die Redensart, er werde fleissig arbeiten und „einen soliden Lebensgenuss cultiviren“; im Explorationstermine antwortete er auf die Frage, wie er sich in der Anstalt beschäftigt habe: „ich habe mich natürlich nur dilettantisch beschäftigt“; während er notorisch gar Nichts gethan hat. Aehnliche nichtssagende Phrasen könnte ich noch eine ganze Menge aus der in der Charité geführten Krankengeschichte anführen. Als ich im Laufe des Gespräches einmal gegen ihn meine Verwunderung aussprach, dass er in der Anstalt so gut schlafe, während er doch spät zu Bette zu gehen gewohnt gewesen sei, antwortete er, er sei unter seinen Bekannten als ein Paradigma

der Solidität bekannt gewesen; er habe wohl einmal fünf bis sechs Seidel getrunken, aber dann habe er auch entsprechend gegessen. Letzteren Punkt betonte er offenbar als einen sehr wesentlichen Beweis seiner Solidität. Im Explorationsprotokoll findet sich auf die Frage: „Können Sie sich etwas denken, weshalb man Sie für geisteskrank gehalten hat?" die nach längerem Besinnen gegebene Antwort: „Vielleicht mein Gang; ich habe ein langes Piedestal; vielleicht meine Stimme." Diese beiden Antworten, zu denen noch mehrere ähnliche angeführt werden könnten, scheinen mir meiner Ansicht nach doch eine bedeutende Schwäche der Urtheilskraft zu beweisen. Man vergesse nur nicht bei Beurtheilung solcher Einzelheiten, dass von einem erwachsenen, dreissigjährigen Manne die Rede ist, der eine wissenschaftliche Bildung genossen hat.

Mit dieser geistigen Schwäche steht eine gänzliche Verkennung der Verhältnisse in Verbindung, welche bei dem Provokaten beobachtet wird. Dieselbe offenbart sich zunächst in der enormen, Allen auffälligen, aber nicht immer richtig gewürdigten Ueberschätzung seiner Person, seiner Anlagen und Leistungen. Selbst in Dingen, wo das Gegentheil notorisch ist, stellt er sich als Muster dar, und seine Ausdrücke über seine Person sind oft so übertrieben, dass sie gradezu albern, oder, richtiger gesagt, schwachsinnig erscheinen. Ich will hier Einiges aus der von mir in der Charité geführten Krankengeschichte zusammenstellen: Er habe ungemein viel gearbeitet, von Morgens 6 Uhr ab, und zwar nicht nur in seinem Fache, sondern auch anderweitig. Er sei unter seinen Bekannten als ein wahres Musterbild, als ein Paradigma der Solidität bekannt gewesen. Er rühmt seine grosse Ordnungsliebe. Er sei in allen Gebieten geistiger Bildung orientirt gewesen. „Ich bin lebhaft, bin empfänglich für alles Grosse, Edle und Schöne;" er stellt sich namentlich im Gegensatz zu seinen Geschwistern als sehr talentvoll, ruhig und gemessen dar. Bei grösserer Erregung äusserte er einmal u. A.: „Ich weiss über Alles Bescheid. Stellen Sie mich einmal mit Boekh zusammen. Ich weiss auf allen Gebieten geistigen Lebens Bescheid. Unter 50 Personen bin ich der Einzige, der mit Zumpt lateinisch sprechen kann" u. ä. Er sei einer der tüchtigsten Juristen; man habe ihn aus der Fülle seiner schöpferischen Thätigkeit herausgerissen. In einem Gespräche äusserte er u. A.: „Ein Mann, wie ich, der gewandt ist mit seinen schriftlichen Arbeiten, der kommt überall weiter. — Ich wünschte, Sie möchten einmal fragen, wie ich gearbeitet habe. Meine Collegen sagen, so etwas ist noch nicht da gewesen" u. s. w. Auch im Explorationstermine trat die-

selbe Ueberschätzung hervor, wovon das Protokoll Beispiele genug anführt. Sie äussert sich schon in dem äussern Auftreten des Provokaten, in dem pathetischen Ton der Rede, in den gewichtigen, oft mit Fremdworten oder dichterischen Ausdrücken geschmückten Phrasen und in den vielen Gesten, mit denen er sie begleitet. —

Neben dieser Selbstüberhebung geht dem Provokaten die richtige Würdigung seiner Verhältnisse, seiner Stellung zur Familie, zu Vorgesetzten und andern Personen ab. Er hat nie die geringste Rücksicht darauf genommen, dass seine Familie sich seit dem Tode des Vaters in bedrängter Lage befindet; er ist der Ueberlegung gar nicht fähig, dass er bei seinem Alter und nach dem, was auf ihn gewandt worden ist, eine Unterstützung von seiner Familie gar nicht mehr erwarten dürfte, ja dass er eigentlich mit zur Erhaltung derselben beitragen müsste. Wenn Jemand unter solchen Umständen, wie X. im Explorationstermine, angiebt, er habe monatlich 30 bis 35 Thaler verdient, und dann auf die Bemerkung, er habe doch damit auskommen müssen, antwortet: „Ich bin auch gut ausgekommen; Sie werden mir auch schwerlich nachweisen, dass ich seit der Entlassung aus der Charité erkleckliche Schulden gemacht habe"; wenn er es dann gar nicht auffällig findet, dass er überhaupt noch Schulden gemacht hat, und dass er von der Mutter Unterstützung verlangt hat und bei ihrer Weigerung bis zu Thätlichkeiten gegen dieselbe geschritten ist, so zeigt dies gewiss eine totale Verkennung nicht nur seiner persönlichen Lage, sondern der Lebensverhältnisse überhaupt. Noch deutlicher ergiebt sich diese aus einer etwas später auf eine ähnliche Bemerkung gegebenen Antwort: „Mit 35 Thaler kann übrigens wohl ein Student auskommen; aber Jemand, wie ich . . .!" — Eine ebenso falsche Auffassung giebt sich in der Beurtheilung der Vergangenheit zu erkennen. Ohne Einsicht, dass er durch seine verkehrten Handlungen in so viele Conflicte gerathen ist, und dass er durch eigne Schuld aus dem Justizdienste treten musste, beschuldigt er ohne jedes ausreichende Motiv seine Angehörigen, ihm absichtlich Hindernisse in den Weg gelegt zu haben, und ergeht sich in gemeinen Verläumdungen gegen dieselben. Als ich ihn einmal fragte, warum denn eigentlich der Onkel, der die Familie hauptsächlich unterstützt, und den Provokat, weil er ihm den Sustentationsschein verweigerte und seine Schulden nicht länger bezahlen wollte, als den eigentlichen Urheber seines Unglücks betrachtet, warum derselbe gegen ihn grade eingenommen sein solle, so antwortete er, weil er ihn für einen schlechten Menschen halte und fügte dann hinzu, er glaube, dass derselbe mit seiner, des Provokaten, Schwester

im Concubinate lebe; er schliesse das daraus, dass seine Schwester das Regiment im Hause führe und ihn selbst einmal „das grosse Vieh" genannt habe, und dass der Onkel oft mit ihr ausgehe. Dies sind die Motive, und deren Begründung, zu deren Erfindung Explorat gedrängt wird, wenn man ihm die Frage vorlegt, die er sich selbst offenbar noch nie gestellt hatte, warum eigentlich seine Angehörigen feindlich gegen ihn gesinnt sein sollten. Seine Mutter, die er zu andern Zeiten seine „grösste Liebe" nennt, hat es ihm in seinem Berufe durch ihre Malice verdorben, sie ist ihm überall in den Weg getreten, und hat ihm seine Stellungen geraubt u. dgl. m. So wie er sein Familienverhältniss falsch beurtheilt, ebenso unrichtig fasst er sein amtliches auf. Seinen Aeusserungen nach war keine rechte Ursache zu seiner Entlassung vorhanden; er hat die besten Arbeiten geliefert und es waren nur Kleinigkeiten, derentwegen er entlassen wurde. Bei einem Vorbesuche sagte er u. A. zu mir: „Wenn beim geheimen Justizrath etwas Schwieriges war, so bekam es gewöhnlich Herr Kam.-Ger.-Ref. X., und es war nach meinen Kräften gut gemacht, wenn es auch drei Tage später abgegeben wurde." Um wieder in den Justizdienst eintreten zu können, will er, wie er im Explorationstermine angab, die Wechselfälschungen begangen haben. „Ich wollte meine Schulden bezahlen; dann, dachte ich, würde der Herr Präsident über das Sustentatorium hinweg sehen." Man kann dieses Motiv betrachten wie man will, man kann es für richtig oder für erfunden halten, immer wird man darin die Fähigkeit einer richtigen Auffassung seiner Lage vermissen. — So wie Provokat die Ereignisse der Vergangenheit falsch beurtheilt, so auch seine zukünftige Existenz. Ohne daran zu denken, wie wenig es ihm bisher glückte, ist er ganz unbesorgt um seine Zukunft; damals standen ihm die Angehörigen im Wege, jetzt wird er seine Arbeitskraft und sein Talent zur Geltung bringen, und es kann ihm seiner Ansicht nach nicht fehlen, zumal er einflussreiche Gönner und gute Freunde hat. Jeder höher gestellte Beamte, mit dem er einmal gesprochen, oder der ihm ein freundliches Wort gesagt hat, ist sein Gönner und Freund. Wahrscheinlich durch mich veranlasst, indem ich einmal fragte, warum er sich nicht nach seiner Entlassung eine Stelle bei einer Handelsgesellschaft gesucht habe, äusserte er wenige Tage später, er werde sich bei einer solchen anstellen lassen, und war gleich voller Zuversicht, dass er die Stelle erhalten werde, da sie ihm ein einflussreicher Mann schon versprochen habe. Es kam ihm auch nicht einmal der Gedanke ein, dass es ihm vielleicht doch nicht

gelingen würde, dass sich stets viele Bewerber um solche Stellen finden, dass sein Aufenthalt in der Irrenanstalt ihm doch immerhin Schwierigkeiten machen könnte u. dgl. Grade hierin zeigt sich aber, wie ich in der Kürze andeuten will, eine Schwäche der Intelligenz; es fehlen ihm eine Menge von Gedanken und ganze Gedankenreihen, welche bei gesunden Personen sich einstellen, und in Folge dessen ist seine Ueberlegung mangelhaft, nicht ausreichend und natürlich auch die Fähigkeit, die Verhältnisse richtig aufzufassen, eine geringere als bei Gesunden. In derselben Weise sind noch einzelne andere Beispiele zu beurtheilen, die ich hier erwähnen will. Bei einem Besuche seiner Mutter äusserte u. a. Provokat: er könne sich gleich 70 Thaler monatlich verdienen; bei einem Grafen habe er sich schon gemeldet, der habe versprochen, ihn zu unterstützen; auch könne er beim Polizei-Präsidium ankommen u. s. w. Ein ander Mal sagte er zu mir: er habe den Plan, sich so viel wie möglich selbstständig und von der Unterstützung der Familie frei zu machen. Die ersten 3 oder 4 Monate werde er freilich noch etwas von der Mutter brauchen, aber es sei doch schon gut, wenn er es in dieser Zeit erreiche. Er habe einen ganz festen Plan für die Zukunft, der ganz gewiss reüssiren werde. Darauf aufmerksam gemacht, dass doch nicht alle Schritte gelingen, meinte er, er habe einen Hauptpunkt und noch zwei Nebenpunkte, nach denen er strebe. — Bei einer andern Gelegenheit meinte er, über seine Pläne für die Zukunft befragt: „Ich bin auch gar nicht in Verlegenheit, nicht im Mindesten, nicht einen Moment!" u. dgl. m. Diese Beispiele, denen sich noch viele andere anreihen liessen, sollen eben nur zeigen, wie Provokat durch geistige Schwäche verhindert ist, aus seinen früheren Erfahrungen Nutzen zu ziehen, und die Verhältnisse so zu beurtheilen, wie sie wirklich sind. Es ist unter solchen Umständen natürlich, dass er jeden andern Weg zu seinem ferneren Fortkommen, der nicht seiner hohen Meinung von seiner Person entspricht, mit Entrüstung von sich weist. Ich erinnere in dieser Beziehung nur an das Explorationsprotokoll, wo er darauf hingewiesen, dass er als Büreaubeamter eine ganz gute Stelle haben könnte, auf's Aeusserste beleidigt ausruft: „Bitte; ich habe das zweite Examen gemacht! Mir steht eine glänzende Carriere offen." In ähnlicher Weise hörte er bei einem Besuche der Mutter ihren Vorschlag, er solle mit einem verwandten Schiffscapitain in's Ausland gehen, nnd dort durch dessen Vermittelung eine Stelle erhalten, erst gar nicht an und wies ihn kurz von der Hand. Er werde nie aus Berlin gehen, er hätte hier die besten Aussichten etc. So wie Provokat sich übrigens in Betreff

seiner Zukunft Illusionen hingiebt und nicht im Stande ist, die vorliegenden Verhältnisse richtig zu erkennen, so zeigte er sich oft genug auch in ganz gewöhnlichen Dingen, zu deren Beurtheilung der gemeine Menschenverstand, wie man zu sagen pflegt, ausreicht, nicht recht urtheilsfähig Nur kam die erstere natürlich oft zur Sprache, und sie erschien auch in der Lage des Exploraten als das wichtigste Interesse, worüber er mit Aufwand aller seiner geistigen Kräfte hätte nachdenken müssen. Des Beispiels halber will ich noch anführen, dass er mir bei einem Vorbesuch sagte, er wolle sich mit Abschreiben monatlich 30 Thaler verdienen, er könne jeden Tag 30 Bogen schreiben, er schreibe ja weitläufig. —

Ich habe im Vorhergehenden bei Provokaten die Schwäche der Intelligenz und die daraus entspringende unrichtige Beurtheilung seiner Person und seiner Stellung zur Aussenwelt ausführlich zu beweisen gesucht. Kürzer kann ich mich in Betreff seines Gemüthslebens und seiner Handlungen fassen; denn obgleich sie sich ebenfalls abnorm verhalten, so wird doch immer der Verstand bei der Beurtheilung geistiger Abnormität am meisten berücksichtigt, während die Schwäche des Gemüths und die Verkehrtheit des Willens weniger berücksichtigt, häufig sogar, wenn sie mit den socialen Einrichtungen in Conflikt gerathen, ganz falsch beurtheilt werden. Auch bietet sich im Ganzen in dem geordneten und regelmässigen Leben einer Irrenanstalt, und noch weniger in einer noch so langen Unterhaltung keine ausreichende Gelegenheit, die abnormen Willensrichtungen zu beobachten. Es muss in dieser Beziehung hauptsächlich auf alle die theils blos verkehrten, theils schlechten Handlungen hingewiesen werden, welche aus dem früheren Leben des Provokaten oben angegeben worden sind, obgleich es auch in der Anstalt an dergleichen Handlungen nicht fehlte, nur dass dieselben sich den Verhältnissen nach in bescheidneren Grenzen halten mussten. Er sprang auch hier häufig in auffälliger Weise herum, er überliess sich oft genug Thätlichkeiten und Beschimpfungen Andern gegenüber, er entwendete hin und wieder Esswaaren oder Federhalter; in der städtischen Irrenanstalt nahm er einem armen Kranken schwer ersparte 25 Thaler ab unter dem Vorgeben, seine Mutter sei reich und werde sie zurückerstatten u. ä. m. Diesen Handlungen gegenüber ist aber nicht ausser Acht zu lassen, dass Explorat nur wenig Willensenergie besitzt; das geringste Hinderniss reicht aus, ihn von seinem Vorhaben abzubringen, und ein ernstes Entgegentreten setzt ihn in Furcht. — Die Gefühlssphäre des Provokaten ist im Ganzen als eine indifferente zu betrachten: er kennt weder entschiedene Zuneigung noch

Abneigung Dagegen oder vielmehr grade deshalb ist er von jeder äussern Anregung abhängig. Jede ihm noch so fremde Person, die ihn freundlich anspricht oder ihm wenigstens nicht entgegentritt, ist sein Freund; gegen Alle, die ihm Vorwürfe zu machen veranlasst sind, wird er erbittert, und wenn es die nächsten Angehörigen sind. Bei solchen Gelegenheiten geräth er in ungemeine Heftigkeit und geht in rücksichtslosester Weise zu wörtlichen und thätlichen Beleidigungen über; doch sind alle diese Affekte, so leicht und ohne ausreichenden Anlass sie entstehen, nicht tief gehend; hat der Sturm der Leidenschaft ausgetobt, so ist er leicht zu beruhigen und kann zu ganz entgegengesetzten Affekten übergehen. Ich hörte ihn einmal seine Mutter nach ihrem Besuche in anscheinend zorniger Aufregung höchsten Grades mit den brutalsten und gemeinsten Schimpfworten belegen, und dazwischen trank er, langsam nippend, die eben erhaltene Bouillon. Ein ander Mal sah ich ihn bei der Erinnerung an seine Mutter weinen, und nachdem er eben noch gesagt, dass sie Schuld sei an seinem Unglück, wusste er auf die Frage, an wen ich mich wenden solle, um eine so zu sagen ihm günstigere Erzählung von seiner Vergangenheit zu hören, Niemanden als seine Mutter zu nennen. — Dieser Mangel an tiefer gehenden Affekten aber auf der einen Seite, die leichte, bis zum Aufgeben der gewöhnlichen Lebensrücksichten sich steigernde Erregbarkeit auf der andern sind Momente, welche bei den Handlungen des Provokaten von wesentlichem Einflusse sein müssen. —

Nach der gegebenen Schilderung des Provokaten entsteht nunmehr die Frage, ob die bezeichneten geistigen Anomalien als eine Krankheit zu bezeichnen seien, ob also organische, körperliche Ursachen vorhanden, unter deren Einfluss jene entstanden sind. Diese Frage glaube ich ganz gewiss bejahen zu müssen. Es spricht dafür zunächst die starke hereditäre Disposition und der Umstand, dass sich die geistige Eigenthümlichkeit schon in frühster Jugend zeigte und bei zunehmendem Alter immer mehr hervortrat, dass sie also gewissermassen der (physiologischen) Entwickelung parallel ging. Weniger Gewicht will ich hier auf die oben angegebenen körperlichen Anomalien legen, nicht als ob dieselben überhaupt nicht berufen wären, eine bedeutende Rolle bei der Beurtheilung grade der angebornen Geistesstörungen zu spielen, sondern weil sie nicht entschieden genug ausgeprägt sind, und weil die ärztliche Wissenschaft nur eben erst anfängt, ihre richtige Würdigung kennen zu lernen; doch mag ich immerhin vorübergehend an den im Verhältniss zu dem sehr grossen Körper kleinen Hirnschädel, an die auffällige Fettentwicklung, namentlich aber an die

oft beobachtete Ungleichheit der Pupillen erinnern. Dagegen ist es immer ein sehr überzeugender Beweis für das Vorhandensein geistiger Erkrankung, wenn sich die beobachteten Erscheinungen ungezwungen zu einem Bilde vereinigen, welches einer der angenommenen Formen geistiger Störung entspricht. Dies ist hier der Fall. Der Zustand des Exploraten entspricht genau der den Irrenärzten bekannten und wohl charakterisirten Form, welche als folie raisonnante beschrieben wird. Es ist für diese grade charakteristisch, dass die an ihr Leidenden ein scheinbar verständiges Räsonnement haben, frei von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen sind, und neben einem höheren oder geringeren Grade allgemeiner geistiger Schwäche nur durch die Verkehrtheit ihrer Handlungen die Geistesstörung verrathen. Endlich muss noch als ein den Beweis einer Geistesstörung wesentlich unterstützendes Moment angeführt werden, dass der Zustand des Provokaten, wenn auch nicht ganz deutlich ausgesprochen, periodische Schwankungen zeigt. Er wird, wie ich beobachtet habe, von Zeit zu Zeit ohne äussere Veranlassung unruhiger als gewöhnlich; er geht dann stürmisch und laut sprechend auf und ab, ist verstimmt und noch reizbarer als gewöhnlich und klagte in solchen Zeiten auch wohl über Kopfschmerz.

Wenn es mir nun auch erwiesen zu sein scheint, dass Provokat an einer Geistesstörung leidet, so folgt daraus doch noch nicht mit Nothwendigkeit, dass er im Sinne des Gesetzes als blödsinnig (von Wahnsinn kann gar keine Rede sein) zu betrachten ist. Das allgem. Landrecht hat durch seine Definition des Blödsinns eine ganze Anzahl ganz sichrer Geisteskrankheiten ausgeschlossen, und es dürfte im Allgemeinen namentlich die als folie raisonnante bezeichnete nur schwierig unter den landrechtlichen Begriff des Blödsinns zu subsummiren sein. Doch lassen sich in einzelnen Fällen und so namentlich auch in dem vorliegenden Momente genug finden, welche auch das Vermögen, die Folgen der Handlungen zu überlegen, beeinträchtigen. In der That glaube ich, dass Jemand, der wie Provokat an einer geistigen Schwäche leidet und in Folge derselben seine eigne Person, sein Verhältniss zur Familie und zu andern Menschen ganz falsch beurtheilt, der sich frühere Erfahrungen nicht zu Nutze machen kann und weder für seine gegenwärtige Lage, noch für die Zukunft eine richtige Einsicht hat, der ohne festen Charakter jeder Erregung des Augenblicks folgt, nicht im Stande ist, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen. Dazu kommt, dass es, um ein Individuum im landrechtlichen Sinne für blödsinnig zu erklären, sicher nicht erforderlich ist, dass es bei allen

seinen Handlungen die Folgen derselben nicht zu überlegen vermöge. Es kann Jemand wohl überlegte Antworten in einem Termine geben, er kann — viele vollkommen Geisteskranke können dies ja — beurtheilen, was in einzelnen Fällen ihm zum Vortheil oder Nachtheil gereicht; wir werden ihm doch jenes Vermögen absprechen, wenn er zu andern Zeiten wieder ganz verkehrte, jeder Besonnenheit und Ueberlegung bare Handlungen vornimmt. Dass Provokat solche Handlungen oft genug vorgenommen hat, dürfte nach dem oben Angeführten wohl nicht zweifelhaft sein Ich muss ferner noch auf folgenden Punkt hinweisen: Provokat kannte als Jurist die Bedeutung und Wichtigkeit des Explorationsverfahrens ganz gut, er wusste wohl, dass es sich dabei um die Entziehung seiner bürgerlichen Rechte, vielleicht auch der persönlichen Freiheit handelte; wie benahm er sich dieser Eventualität gegenüber, deren Vermeidung gewiss jeder vernünftige Mensch mit allen seinen Kräften erstreben würde? Er hat, obgleich er die Provokationsschrift schon fast ein Jahr in Händen hatte, in seiner Lebensart nicht die geringste Aenderung eintreten lassen. In einem Vorbesuche sagte ich ihm, dass es gut sein würde, wenn er schriftlich eine Widerlegung der Provokationsschrift abfassen, die einzelnen Punkte derselben darin seinen Ansichten entsprechend beleuchten und sie zu den Akten einreichen würde. Obgleich er das Vortheilhafte dieses Vorschlages einsah und sich dazu entschloss, war es ihm doch nicht möglich, etwas Derartiges zu Stande zu bringen. Wenige Tage vor dem Explorationstermin ist er, wie ein Wärter der städtischen Anstalt erzählt, „nicht blos Nachts, sondern auch am hellen Tage wie ein Unsinniger auf Tischen und Bänken, laut schreiend, herumgesprungen"; dies giebt Provokat zu und führt als Entschuldigung an: „Was sollte ich hier auch den ganzen Tag machen?" (Provok.-Acten S. 45). Mit grossem Vergnügen erzählt er beim Termin (S. 48), dass er den armen Kranken, wovon schon die Rede war, „angepumpt" habe u. ä. m. Kann man nun Jemandem, der die Bedeutung des gegen ihn eingeleiteten Verfahrens kennt, bei solchen Handlungen und bei diesen und vielen ähnlichen Antworten die Fähigkeit zuschreiben, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen? Meiner Ansicht nach gewiss nicht. — Endlich wird noch eine andere Ueberlegung zu demselben Resultate führen. Menschen, wie der Provokat, zeigen sich auch, ganz abgesehen von einzelnen Handlungen, durch die ganze Art und Gestaltung ihres Lebens als solche, denen die Fähigkeit abgeht, die Folgen ihres Thuns, wie ein gesunder Mensch es soll und kann, zu überlegen. Auch der niederste und ungebildetste Mensch hat ein Bewusstsein

davon, dass es für ihn Pflicht und Ehrensache ist, sich nicht stets öffentlich als ein versunkenes Individuum, für welches Sitte und Anstand aufgehört haben, zu zeigen. Ein Mann, der in der bürgerlichen Gesellschaft unter so günstigen äusseren Verhältnissen (durch Erziehung, Ausbildung, Empfehlung u. dergl.) keine andere Stellung einzunehmen im Stande ist, als die eines vollständigen Müssiggängers, der in den Kreisen, in welchen er verkehrt, durchweg auffällig und anstössig erscheint und der ungebildeten Personen gegenüber selbst ein Gegenstand des Spottes und Gelächters wird, der zeigt schon damit allein, dass er unvermögend ist, sein Handeln mit den allgemeinen Ueberlegungen im Einklang zu halten, die aller öffentlichen Ordnung und Sitte zu Grunde liegen.

In Erwägung aller dieser angeführten Gründe kann ich nicht umhin, den Referendarius a. D. N. X. für unfähig zu halten, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen, und erkläre ihn deshalb im Sinne des Gesetzes für blödsinnig.

XXXVIII.

Die Pathologie des Sympathicus.

Nach den heutigen Erfahrungen dargestellt

von

A. Eulenburg und P. Guttmann,
Privat-Docenten an der Universität Berlin.

(Fortsetzung.)

IV.

Progressive Muskelatrophie.

Obwohl Cruveilhier und Aran gewöhnlich als die eigentlichen Entdecker der progressiven Muskelatrophie genannt werden und zum Theil auch mit Recht als solche gelten dürfen, so enthält doch das berühmte Werk von Charles Bell*) nicht nur offenbar hierher gehörige Krankheitsfälle, sondern auch den ersten Versuch einer physiologischen Begründung dieses bis auf den heutigen Tag räthselhaften Leidens. Besonders characteristisch ist eine Beobachtung (No. LXXXVI., die von Bell unter der Rubrik „örtliche Lähmung der Muskeln der Extremitäten" ausführlich mitgetheilt wird.**) Bell knüpft daran folgende Betrachtung: „Diesen Affectionen einzelner Muskeln oder Muskelgruppen kann auch nur eine partielle Störung der Nerven zu Grunde liegen. Eine Krankheit im Gehirn oder im Verlaufe eines Nervenstammes müsste ihren Einfluss auf das ganze Glied oder auf den Theil desselben, in welchem sich der Nerv oder die Nerven verbreiten, ausdehnen. Allein in diesen Fällen sind einzelne Unterabtheilungen der Nerven, welche in denselben Scheiden eingeschlossen sind oder denselben Lauf nehmen, afficirt. Ich bin geneigt, solche örtliche Lähmungen dem Einflusse einer krampfhaften Reizung der Eingeweide zuzuschreiben. Dieser Einfluss müsste zunächst vom sympathischen Nerven ausgehen, und dennoch scheint es andererseits unmöglich, sich von einem gänzlichen Verluste der Bewegung ohne vermittelnden Einfluss des Gehirns Rechenschaft geben zu können."

*) Bell, physiologische und pathologische Untersuchungen des Nervensystems, übersetzt von Romberg, Berlin 1836.

**) L. c. pag. 364.

So unzulänglich uns auch die Bell'schen Argumentationen erscheinen müssen, so ist doch der schon darin enthaltene Hinweis auf eine primäre Betheiligung des N. sympathicus nicht ohne Interesse. Dieser Hinweis scheint jedoch wenig Beachtung gefunden zu haben, da selbst Romberg*) die mit Atrophie verbundenen Lähmungen nur als „Lähmungen vom Rückenmark als Leitungsapparat abhängig" bespricht und zwar demgemäss unter der Rubrik der spinalen Lähmungen. Ebenso bemerkt Abercrombie**) bei Beschreibung eines ähnlichen Falles nur ganz allgemein, dass es sich um eine örtliche Nervenstörung handeln müsse: „It is impossible, J think, to explain such cases as these, except upon the principle of local affections of nerves, which are at present involved in much obscurity."

Aran***) schilderte die Krankheit 1850 als eine noch unbeschriebene Krankheit des Muskelsystems, als primäres Muskelleiden, unter der Bezeichnung „progressive Muskelatrophie." Nach ihm besteht dieselbe in einer excessiven Irritabilität des Muskelsystems, die zu fettiger Entartung desselben führt, ohne ein vorausgehendes Ergriffensein der Nerven; „le travail morbide est primitivement et uniquement dans le système musculaire." — Ganz anders fasste Cruveilhier die Krankheit auf, deren Priorität er sich gleichzeitig zuschrieb und die er als „Paralysie musculaire atrophique" oder „paralysie musculaire progressive atrophique" bezeichnete.†) Er betrachtete zwar die Lähmung ebenfalls als Folge der Muskelatrophie, erklärte die letztere selbst aber für abhängig von einer Atrophie der vorderen Spinalnerven-Wurzeln oder mittelbar von einer Degeneration der grauen Centralsubstanz des Rückenmarks, aus der nach ihm die vorderen Wurzelfasern entspringen. Den anatomischen Beweis dieser Ansicht führte er besonders durch den Obductionsbefund eines Seiltänzers Lecomte „dont le nom restera attaché à l'histoire de cette maladie." Die atrophischen Muskeln waren theils blass, theils in Fett verwandelt; Gehirn und Rückenmark normal, ebenso die hinteren Wurzeln der Spinalnerven. Dagegen waren die vorderen Wurzeln von dem Punkte, wo sie vom Rückenmark austreten bis zu dem, wo sie sich mit den hinteren Wurzeln zur gemeinschaftlichen Nervenbahn vereinigen, von

*) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten 1850. III. p. 159. (Daselbst 8 Fälle, die ganz offenbar mit der progressiven Muskelatrophie identisch sind. — Auch erwähnt Romberg, p. 158, noch einen anderen, ebenfalls hierher gehörigen Fall von Ch. Bell aus der 3. Auflage des Bell'schen Werkes, 1844).

**) Pathological and practical researches on diseases of the brain and the spinal cord, 3 ed. Edinburgh 1834, p. 428.

***) Recherches sur une Maladie non encore décrite du système musculaire (Atrophie musculaire progressive) Archives gén. de méd. t. XXIV. Sept. und Oct. 1850. — Aran selbst giebt übrigens an, dass ausser Abercrombie auch Graves, Darswell und Dubois ähnliche Fälle beobachtet. Duchenne richtete bereits 1849 an die Academie ein Mém. über Atrophie musculaire avec transformation graisseuse. (Sitzung vom 21. Mai 1849).

†) Thouvenet (interne von Cruveilhier) Thèse sur la paralysie musculaire atrophique, Dec. 1851. — Cruveilhier selbst in den Arch. gén. Mai 1853, p. 561; ibid Jan. 1856, p. 1 ff.

Atrophie befallen. Die von diesen Nervenbahnen abgehenden Muskelzweige hatten im Verhältniss zu den Hauptzweigen an Volumen verloren, und in diesen Muskelzweigen war das Neurilem in zu starkem Verhältniss gegen die Nervensubstanz. In jenen Nervenfäden u. A., welche sich im Daumenballen verbreiten, war kaum etwas Anderes als Neurilem vorhanden.*) In einem zweiten Falle war die Atrophie der vorderen im Vergleich zu den hinteren Wurzeln ebenfalls sehr stark ausgesprochen; sie verhielten sich der Dicke nach im Cervicaltheil wie 1:10 (normal 1:3), im Dorsal- und Lumbaltheil wie 1:5 (normal 1:1½, resp zu 2). Die hinteren Wurzeln, sowie Rückenmark und Gehirn waren völlig normal.**)

Seit den bahnbrechenden Arbeiten von Aran und Cruveilhier haben sich im Allgemeinen die Autoren, die der progressiven Muskelatrophie ihre Aufmerksamkeit zuwandten, in zwei grosse Lager geschieden. Die Einen betrachteten das Leiden mit Aran als primäres Muskelleiden, als ein myopathisches, wobei sie freilich in den Detailergebnissen von Aran mehr oder weniger stark abwichen. Andere betonten mit Cruveilhier den neurotischen Character der Atrophie, ihre Abhängigkeit und Beziehung zu bestimmten Theilen des Nervensystems; von hier ab traten freilich die grellsten Meinungsunterschiede hervor, indem bald die peripherischen Nerven, bald (mit Cruveilhier) die vorderen Wurzeln, bald das Rückenmark selbst, bald endlich der Sympathicus und seine Ganglien als primärer Erkrankungsheerd angenommen wurden. Wir können begreiflicherweise den Einzelheiten der namentlich in den ersten Jahren lebhaft geführten Discussion über diesen Gegenstand nicht folgen, sondern begnügen uns damit, die wichtigsten Züge derselben herauszuheben und namentlich die Resultate der bisher vorliegenden anatomischen Untersuchungen in vergleichender Weise zusammenzustellen.

Unter denjenigen, welche sich für die myopathische Natur der Krankheit aussprachen, sind besonders Meryon, Oppenheimer, Hasse, Duchenne, Wachsmuth und Friedberg zu nennen. Meryon***) betrachtete die Fettentartung der Primitivfasern, die er von der interstitiellen Fettablagerung bereits deutlich unterschied, als Folge einer allgemeinen eigenthümlichen Assimilationsstörung, über deren Wesen er sich freilich nicht bestimmt aussprach, glaubte aber einen Einfluss des Nervensystems dabei ganz ausschliessen zu können, weil die ernährende Kraft (the formative power) dem Gewebe selbst inne wohne! — Aehnlich auch Oppenheimer†) auf Grund der von Hasse und ihm vorgenommenen Section bei einem 15jährigen Knaben. Dieselbe ergab völlig normales Verhalten des Centralnervensystems. Weder Körnchenzellen noch irgend ein Missverhältniss im relativen Volumen der Wurzeln, und die Nervenröhren mikroskopisch von ganz normalem Aussehen.

---

*) Bulletin de l'académie impériale de médecine, t. XVIII. No. 12, 31. März.

**) Arch. gén. de méd. Jan. 1856.

***) On granular and fatty degeneration of muscles. Medico-chirurgical transactions, 2 series, 7 vol. London 1852, p. 81.

†) Ueber progressive fettige Muskelentartung (Habilitationsschrift) Heidelberg 1855.

— Demgemäss bezeichnet auch Hasse*) die Krankheit in seinem Handbuche als Muskelaffection. Ebenso Duchenne**), der, wie oben erwähnt, schon vor Aran auf die Fettentartung der Muskeln aufmerksam gemacht hatte und daher die Benennung „Atrophie musculaire graisseuse progressive“ vorschlug. Er hat auch bis in die neueste Zeit hinein diesen Standpunkt festgehalten, und beruft sich in der zweiten Auflage seiner Electrisation localisée, den Beobachtungen Cruveilhier's gegenüber, auf drei in den grossen Hospitälern gemachte Sectionen (eine von Axenfeld, zwei von Aran), in welchen die Untersuchung der vorderen Wurzeln ein vollkommen negatives Resultat lieferte.***) Als eine primäre und specifische Ernährungsstörung des Muskels betrachtet Wachsmuth†) die Krankheit, während Friedberg††) die dabei vorkommenden Veränderungen des Muskels mit denjenigen identificirt, welche in Folge der Muskelentzündung auftreten und daher den Ausdruck „myopathische Lähmung, Paralysis ex alienata musculorum nutritione“ zur Bezeichnung der Affection vorschlägt.

Zweifelhafter äussern sich u. A. Bouvier†††) und Gros*†); Letzterer wirft mit Recht die Frage auf, ob nicht die von Cruveilhier gefundene Atrophie der vorderen Rückenmarkswurzeln als ein consecutives Leiden zu betrachten sein könne. — Guérin**†) glaubt (aus rein theoretischen Gründen) eine peripherische Nervenaffection annehmen zu müssen, und zwar müsse dieselbe die aus dem „Gangliennervensystem“ stammenden peripherischen Fasern mit den in den vorderen Wurzeln verlaufenden Spinalfasern gleichzeitig betreffen, um die mit spastischer Contractur (?) verbundene Gewebsstörung der Muskeln zu erklären; er nennt die Krankheit „Paralysie rhumatismale périphérique du mouvement.“

Nach Eisenmann***†) ist das Leiden, das er „paralysis atrophica“ nennt, eine „dynamische“ Affection (ohne nachweisbare Veränderung) des Rückenmarks, „welche später allerdings Hyperämie und Erweichung oder Verhärtung des Rückenmarks und seiner vordern Nervenwurzeln zur Folge haben kann.

---

*) Krankheiten des Nervenapparates (Virchow's Handbuch d. spec. Path. und Th. Bd. 4) Erlangen 1855, p. 332.

**) Etude comparée des lésions anatomiques dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive et dans la paralysie générale (Union médicale 1852). Ferner: Bull. de thérap. 1853, p. 295, 407 und 438; électrisation localisée (1 éd.) p. 552.

***) Electrisation localisée 2 Bd. (Paris 1861) p. 520 ff.

†) Ueber progressive Muskelatrophie, Henle und v. Pfeufer's Zeitschr. f. rat. Med. (7 Bd.) 1855, p. 88.

††) Pathologie und Therapie der Muskellähmung, Weimar 1858, pag. 134 und 135. — Friedberg fand in einem Falle (Beobachtung No. 10; p. 48—56) Gehirn, Rückenmark und peripherische extramusculäre Nerven von normaler Beschaffenheit, nur die intramusculären Nervenzweige meist fettig entartet.

†††) Gaz. méd. de Paris 1843, No. 15, p. 232.

*†) Gaz. des hôp. 1855, No. 50.

**†) Archives gén. de méd. Mai 1853, p. 626.

***†) Canstatt's Jahresber. 1855, Bd. 3, p. 86.

Auch Cohn*) glaubt trotz der in einem Falle erhaltenen negativen Sectionsresultate eine primäre Erkrankung des Rückenmarks bei der Affection voraussetzen zu müssen. Von grösserem Interesse sind die Mittheilungen einer Reihe bezüglicher positiver Sectionsresultate, welche wir Schneevogt, Virchow, Frerichs und Valentiner, Leubuscher und Frommann, Trousseau, Vulpian, Gull, Clarke, Friedreich, Jaccoud und Anderen verdanken.

Schneevogt**) gebührt das Verdienst, zuerst auf die Miterkrankung des Sympathicus aufmerksam gemacht zu haben, dem bei den ersten Sectionen wie es scheint, keine Beachtung zu Theil wurde. In dem von ihm untersuchten Falle war das Gehirn und das Rückenmark bis zum 4. Halsnerven normal, vom 5. Hals- bis zum 2. Brustnerven beträchtlich erweicht, microscopisch mit viel feinkörnigem Fett und Körnchenkugeln durchsetzt; die hinteren Wurzeln der Halsnerven unverändert, die vorderen auffallend dünn, namentlich die 5 obersten, welche nur aus einigen feinen Fasern bestanden. Der Halstheil des Sympathicus war beinahe in einen Fettstrang umgewandelt, in dem die Nervenfasern durch zwischenliegende Fettzellen mit schönen Crystallen verdrängt waren. Die Cervicalganglien fast ganz in Fettzellen verändert, der Brusttheil des Sympathicus gleichfalls etwas fettreich. (Spinalganglien und Vagus normal. Von den peripherischen Nerven zeigte namentlich der linke Ulnaris auffallende Veränderung).

Schneevogt glaubt demgemäss eine centrale Ursache, die zugleich die vorderen Wurzeln trifft, und eine Störung des Sympathicus oder der Innervation einzelner Ganglien annehmen zu müssen.

Der von Valentiner***) mitgetheilte Fall ergab namentlich die von Cruveilhier als characteristisch hervorgehobenen Missverhältnisse zwischen Dicke der vorderen und hinteren Wurzeln, die im Bereich der unteren Hals- und oberen Brustnerven = 1:6 war. Ausserdem centrale Erweichung der Medulla selbst an den 3 unteren Hals- und 4 oberen Brustnerven. Der Uebergang der grauen und weissen Substanz verwischt; in den erweichten Stellen viel Körnchenzellen. Gehirn normal. (Der Befund also ganz übereinstimmend mit Cruveilhier's Theorie dieser Krankheit).

Virchow, der bereits früher die Krankheit den „neurotischen Atrophien" zugezählt hatte, bei denen „sich unzweifelhaft eine Einwirkung des Nervensystems auf die Ernährung der Gewebe herausstellt"†) fand bei der Autopsie eines 44jährigen Mannes††) sowohl an den peripherischen Nerven als im Rückenmark theils gröbere, theils microscopisch wahrnehmbare Veränderungen. Die Nerven schienen weniger Fasern zu enthalten als normal: auch

*) Günsberg, Zeitschr. f. clin. Med. Bd. 5, 1854, p. 360. (Es fanden sich ausser geringem Hydrops mening. macroscopisch keine Veränderungen. Die microscopische Untersuchung fand nicht statt).

**) Niederl. Lancet Sept. und Oct. 1854, vgl. Schmidt's Jahrb. 1855, Heft 8; Friedberg l. c. p. 102.

***) Prager Vierteljahrsschr. f. pract. Heilk. 1855 XII.

†) Handbuch d. spec. Path. und Th. Bd. I. Erlangen 1854 p. 322.

††) Archiv f. path. Anat. 1855, Bd. VIII. Heft 4 p. 537.

zeigte sich überall viel feinkörniges Fett. Alle untersuchten Nerven enthielten jedoch noch deutliche Fasern. Das Rückenmark zeigte eine in der Höhe der oberen Halswirbel beginnende und nach unten allmälig zunehmende, gegen die Lendenanschwellung hin am stärksten entwickelte Affection der Hinterstränge. Mit blossem Auge erkannte man eine graue, durchscheinende Masse, die der weissen Nervensubstanz substituirt war. Microscopisch fand sich ein ausgedehnter Schwund der Nervensubstanz, ähnlich wie bei den peripherischen Nerven; zwischen den selteneren einzelnen Nervenfasern lag eine sehr weiche Substanz, in der zahllose, sehr grosse und dicht gestreute Corpora amylacea und viele, meist länglich-ovale granulirte Kerne vorhanden waren. Von Fett war nirgends etwas zu sehen.

Der von Frommann*) ausführlich mitgetheilte (in der Clinik von Leubuscher beobachtete) Fall betraf einen 33jährigen Mann. Die Section ergab als wesentlichste Veränderung eine die vorderen und Seitenstränge des Rückenmarks (von der Medulla oblongata ab) vorzugsweise betheiligende rothe Erweichung. Es waren vorzugsweise die Commissuren breiig erweicht und der innerste (der Commissur zunächst liegende) Theil der vorderen Stränge. An den Wurzeln war nichts Auffallendes zu sehen, die vorderen Wurzeln nicht besonders dünn. Die Untersuchung einzelner Muskelnerven und der Nervenstränge vorzugsweise aus dem Brachialplexus zeigte sowohl in der sehr entwickelten Bindegewebsschicht der ganzen Nervenstämme wie im Neurilem der einzelnen Nerven eine grosse Menge von Fettkugeln, hier und da körniges Pigment (kleine Blutextravasate). Die Untersuchung der beiden Splanchnici und der grossen Ganglien ergab keine auffällige Veränderung. — Leubuscher glaubt ebenfalls die Atrophie und fettige Entartung der Muskeln als die Folge des centralen Leidens, der Erweichung der Vorderstränge, ansehen zu müssen, hält jedoch auch die gegentheilige Ansicht (dass die Rückenmarksaffection Folge der Muskelkrankheit sei) für nicht ausgeschlossen.

Eine auf Trousseau's Abtheilung von Sappey gemachte Section, die Duchenne**) erwähnt, bestätigte die Anschauungen Cruveilhier's; es fand sich nämlich eine beträchtliche Atrophie der vorderen Wurzeln. Ebenso fand Vulpian***) dieselbe in zwei Fällen und zwar genau auf die der Verbreitung des Krankheitsprocesses entsprechenden vorderen Wurzeln beschränkt: einmal bei Atrophie der oberen Extremitäten auf die Wurzeln des Cervicalmarks; das zweite Mal bei nur einseitiger Atrophie auf die Wurzeln derselben Seite. Die erkrankten Wurzeln erschienen von vermindertem Volumen und leicht grauer Färbung; das Caliber der einzelnen Markröhren hatte eine Abnahme erlitten. Das Rückenmark war in beiden Fällen vollkommen gesund.

Dagegen constatirte W. Gull†) in einem Falle als wesentlichen Befund eine beträchtliche Erweiterung des Rückenmarkscanals in der Cervicalgegend (zwischen 5 Cervicalwirbel und Abgang der 3. und 4. Dorsalnerven.) Die dadurch gebildete Höhle war mit einer serösen Flüssigkeit gefüllt; die graue

*) Deutsche Clinik 1857 No. 33. Vgl. auch Leubuscher, die Krankheiten des Nervensystems 1860, p. 136.

**) Electrisation localisée (2 éd.) 1861, p. 519.

***) Union méd. 1863, No. 49.

†) Guy's hosp. rep. 3 Ser. VIII. p. 244, 1862.

Subtanz war bis auf eine dünne, die Höhle umgebende und wie eine Membran abziehbare Schicht völlig geschwunden; die weissen Markstränge erschienen normal. Demselben Autor zufolge soll auch Lockhart Clarke*) in einem Falle, wo das Rückenmark bei oberflächlicher Untersuchung normal zu sein schien, bei genauerer Nachforschung kleinere Herde in der grauen Substanz gefunden haben, in welchen das normale Gewebe durchaus verändert und zerstört war. — Friedreich erwähnt am Schlusse seiner epochemachenden Abhandlung über degenerative Atrophie der Hinterstränge, dass er dieselbe graue gallertartige Degeneration der Hinterstränge mit Ablagerung von Amyloidkörpern und Schwund der Nervenfasern, wie bei Ataxie locomotrice, so auch in einem Falle von ausgesprochener progressiver Muskelatrophie beobachtet habe. Er betrachtet dieselbe jedoch wie in dem oben erwähnten Virchow'schen Falle als secundär, durch centripetale Ausbreitung des Krankheitsprocesses von den Muskeln auf die in ihnen verlaufenden Nervenäste, die Wurzeln und schliesslich die Hinterstränge entstanden; denn gleichzeitig waren auch die hinteren Spinalwurzeln und die peripherischen Nervenstämme, von den motorischen Zweigen der erkrankten Muskeln beginnend, theilweise atrophisch und das Zwischenbindegewebe der Nervenfasern und Nervenbündel sehr vermehrt und kernreich. In 3 anderen Fällen dagegen liess sich auch bei der sorgfältigsten microscopischen Prüfung keine Veränderung in den centralen Nervengebilden entdecken. (Friedreich neigt sich demnach mehr zu der Ansicht eines primären Muskelleidens; es ist aber nach dem obigen Befunde nicht recht ersichtlich, in welcher Weise die Continuität bei centripetaler Ausbreitung des Krankheitsprocesses von den Muskeln und motorischen Nerven auf die Hinterstränge des Rückenmarks zu ergänzen ist, da die vorderen Wurzeln intact waren)

Während in den bisher erwähnten Fällen, mit alleiniger Ausnahme des Schneevogt'schen, die Untersuchung des Sympathicus und der Ganglien unterblieben zu sein scheint, hat dagegen Jaccoud***) in zwei Fällen diese Untersuchung vorgenommen und ist dabei zu positiven Resultaten gekommen.

Die beiden Kranken, um die es sich handelt, starben im August und September 1864 auf Béhier's Abtheilung, der Eine durch Asphyxie (in Folge von Lähmung der Inspiratoren), der andere unter Lungengangrän. Beide waren 57 Jahre alt. Bei beiden fand sich Atrophie der vorderen Wurzeln im ganzen Cervicaltheil und den 3 oder 4 ersten Brustnerven. Weisse und graue Substanz des Rückenmarks waren (miscroscopisch) völlig unverändert. Dagegen zeigte der Sympathicus in beiden Fällen eine tiefgreifende, fibrös-fettige Entartung. Der ganze Halsstrang war in fibröses

*) Beale's archives IX. — Nach Jaccoud (s. u.) fand auch Luys, ausser der „classischen" Veränderung der Wurzeln „une lésion notable de la substance grise."

**) Ueber degenerative Atrophie der spinalen Hinterstränge, Virchow's Archiv XXVII Heft 1 und 2. — Dieselben Veränderungen der Hinterstränge, wie Virchow und Friedreich, fand auch Duménil Gaz. hebd. 18. Jan. 1861; 1866, Nr. 4—6.

***) Bulletin der Soc. méd. des hôpitaux de Paris von 1864; Union médicale 1865 (t. XXV) p. 60, ferner auch „Leçons de clinique médicale" p. 361.

Bindegewebe von offenbar sehr alter Entstehung umgewandelt, in welchem sich heerdweise massenhafte Fetteinlagerungen zeigten; die Nervenröhren waren in Folge dessen secundär atrophirt und zwar in noch höherem Grade als die Spinalwurzeln. Das gangl. cervicale supremum zeigte gleichsam nur das erste Stadium des Processes, beträchtliche Hyperplasie des corticalen und interstitiellen Bindegewebes, aber noch ohne Atrophie der Nervenelemente; die Röhren sowohl als die Ganglienzellen erschienen intact. Die rami communicantes zeigten eine mit der Beschaffenheit der vorderen Wurzel übereinstimmende Atrophie; die Nn. mediani zeigten unter einer grossen Anzahl gesunder Fasern auch einzelne pathologisch veränderte (einfache Atrophie, Schwund der Markscheide und selbst des Axencylinders). Jaccoud hält es, nach dem Alter der verschiedenen Processe, für unzweifelhaft, dass die Krankheit im Halstheil des Sympathicus begonnen, und sich von dort sowohl centripetal (rami communicantes, vordere Wurzeln) als auch centrifugal, wie die partielle Affection der Nn. mediani beweist, fortgepflanzt habe.

Die 2 Jaccoud'schen Fälle und der Schneevogt'sche sind bisher die einzigen, in denen degenerative Veränderungen des Sympathicus bei der Obduction constatirt wurden. Indessen es sind wahrscheinlich auch die einzigen, in denen der Sympathicus überhaupt genauer untersucht wurde; in allen übrigen geschieht desselben keine ausdrückliche Erwähnung, so dass wenigstens die Integrität des Sympathicus in diesen Fällen nicht mit Sicherheit angenommen werden kann.*) Was die sonstigen Veränderungen betrifft, so finden wir die Cruveilhiersche Atrophie der vorderen Wurzeln ausdrücklich bestätigt (abgesehen von den beiden Cruveilhier'schen Befunden) in 9 Fällen: 1 von Schneevogt, 1 von Valentiner, 1 von Trousseau und Sappey, 1 von Duménil, 2 von Vulpian, 1 von Luys und den beiden von Jaccoud; dagegen nicht bestätigt in 12 Fällen, nämlich 1 von Oppenheimer, 1 von Cohn, 1 von Friedberg, 1 von Meryon, 1 von Virchow, 1 von Frommann, 1 von Gull, 1 von Clarke, 4 von Friedreich. Die von Cruveilhier urgirte Degeneration der grauen Centralsubstanz wurde nur in 4 Fällen, nämlich von Valentiner, Gull, Clarke und Luys gefunden; die graue Degeneration der Hinterstränge nur in 4 Fällen, von Virchow, Duménil (2) und Friedreich; rothe Erweichung der Vorder- und Seitenstränge in einem Falle von Frommann. Gar keine Veränderungen am Rückenmark und den Spinalwurzeln fanden sich in 7 Fällen, nämlich 1 von Oppenheimer, 1 von Meryon, 1 von Friedberg, 1 von Cohn, 3 von Friedreich. — Diese Zusammenstellung spricht für sich selbst; wir wollen uns weiter gehender Schlüsse aus derselben enthalten, glauben aber so viel mit Sicherheit entnehmen zu können, dass der spinale Ursprung und Sitz der Erkrankung bisher keineswegs als unläugbares Factum zu gelten berechtigt ist. Während einerseits die Hypothese, welche die vorgefundenen spinalen Veränderungen als secundäre, als Folge centripetaler Ausbreitung des ursprünglichen Muskelleidens betrachtet, durch die Ungleichmässigkeit des spinalen Befundes an Boden gewinnt, so

*) Jaccoud sagt mit Recht: „les autopsies dites muettes, pourraient bien n'avoir éte négatives que parce qu'elles ont été incomplètes."

streitet andererseits nichts gegen die Hypothese, welche das Muskelleiden selbst als Folge einer primären Sympathicusaffection auffasst: eine Hypothese, welche zuerst Remak auf Grund clinischer und therapeutischer Beobachtungen mit grösserer Bestimmtheit aussprach.

Remak*) entdeckte bei der galvanischen Behandlung an progressiver Muskelatrophie leidender Kranken, dass man in den atrophischen Muskeln Zuckungen hervorrufen konnte, wenn man die positive Electrode in einer vom 1. bis 5. Halswirbel reichenden „irritabeln Zone," besonders in der fossa carotica oder in dem Dreieck zwischen Unterkiefer und äusserem Ohr, die negative unterhalb des 5. Halswirbels aufsetzte. Von den näher beschriebenen, sehr merkwürdigen Phänomenen heben wir nur hervor, dass die Zuckung stets auf der der positiven Electrode gegenüberliegenden Seite auftrat; bei medianer Application beider Electroden, auf beiden Seiten; bei sehr schwachem Strome nur in den am meisten gelähmten Muskeln. Remak betrachtete diese Zuckungen, die er nachmals als „diplegische" bezeichnete**), als Reflexzuckungen, die durch das gangl. cervic. suprem. des Sympathicus bedingt wären, um so mehr als der Stromeseintritt vom Kranken hinter dem Augapfel empfunden wurde. Nach ihm ist die progressive Muskelatrophie als eine Krankheit der sympathischen Ganglien oder auch des Halstheils des Rückenmarks zu betrachten. Daraus erklärt sich auch das unregelmässige Fortschreiten der Muskelatrophie, indem in den Centren die Ganglienzellen, von denen die trophischen Zustände der Muskeln abhängen, eine andere Anordnung haben, als die mit ihnen zusammenhängenden Nervenfasern in den peripherischen Stämmen; es erklären sich ferner auch die oft gleichzeitig vorhandenen „neuroparalytischen Entzündungen", die namentlich in schmerzhaften Gelenkschwellungen (Arthritis nodosa) bestehen und ebenfalls der Anwendung des constanten Stromes auf den Sympathicus weichen. Die sogenannten Reflexlähmungen glaubte Remak ebenfalls zu den sympathischen Lähmungen zählen zu können; wahrscheinlich auch gewisse hysterische, sowie die saturninen und diphteritischen Lähmungen.

Wir übergehen die sonstigen Bemerkungen Remak's, welche sich mehr auf das Therapeutische beziehen, da wir es hier vorzugsweise mit der Pathogenese der Krankheit zu thun haben und auf die Behandlung derselben mittelst der sogenannten Galvanisation des Sympathicus noch am Schlusse unserer Arbeit zurückkommen werden.

Die Beobachtungen Remak's hinsichtlich der „diplegischen Zuckungen" fanden auch M. Meyer und Drissen***) in einem Falle von progressiver Muskelatrophie bestätigt. Dagegen konnte Fieber†) dieselben bei einem an progressiver Muskelatrophie leidenden Kranken nach der Remak'schen Me-

---

*) Oesterr. Zeitschr. VIII, 1, 2 (1862). Vgl. auch „application du courant constant au traitement des névroses" (Paris 1865) p. 26 ff.

**) Application du courant constant p. 28.

***) M. Meyer, die Electricität in ihrer Anwendung auf practische Medicin, 3. Aufl. (1868) p. 219.

†) Fieber, die diplegischen Contractionen, Berl. clin. Wochenschrift 1866 No. 25, p. 261. (IX. Versuch).

thode nicht hervorrufen. Ebenso giebt Benedikt*) an, dass in den von ihm behandelten Fällen die diplegischen Zuckungen fehlten, empfiehlt jedoch trotzdem die Galvanisation der Sympathici in Verbindung mit anderen Galvanisationsmethoden — eine Behandlung, deren Werth auch aus den weiterhin mitgetheilten reichhaltigen Krankengeschichten**) zur Genüge hervorgeht.

Erb***) erwähnt, es sei ihm noch nicht gelungen, die diplegischen Contractionen in der von Remak beschriebenen Weise zu erzeugen; es scheint jedoch nicht, dass er bezügliche Versuche gerade bei progressiver Muskelatrophie angestellt hat.

Wir selbst haben die diplegischen Zuckungen in acht genau und wiederholt untersuchten Fällen von progressiver Muskelatrophie nicht beobachtet, während wir sie in einem einzigen Falle mit ziemlicher Leichtigkeit nachweisen konnten. Hinsichtlich der Entstehungsbedingungen und der semiotischen Deutung dieser Zuckungen weichen wir jedoch von Remak vollständig ab, wie der Eine von uns dies bereits wiederholt†) bei anderer Gelegenheit ausgeführt hat. Die von Remak hervorgehobene, auch von Fieber und M. Meyer adoptirte Beziehung dieser motorischen Phänomene zu den sympathischen Ganglien scheint uns sowohl aus physiologischen wie aus empirischen Gründen in keiner Weise gerechtfertigt; das vorzugsweise oder ausschliessliche Auftreten der Zuckungen bei der von Remak schematisirten Anordnung fanden wir bisher in keinem der von uns beobachteten Fälle diplegischer Zuckung (bei progressiver Muskelatrophie, Bleilähmung und hysterischen Atrophien) bestätigt, und glauben also nicht dasselbe als einen Beweis abnormer Reaction, abnormen functionellen Verhaltens des N. sympathicus anführen zu können.

Wichtiger ist dagegen in dieser Beziehung das Auftreten von Innervationsstörungen am Auge, die sich auf krankhafte Function der im Halssympathicus verlaufenden „oculopupillären" Fasern zurückführen lassen. Dahin gehört ein Fall von progressiver Muskelatrophie, den Voisin††) aus Bouillaud's Clinik mitgetheilt hat

Derselbe betraf einen 44jährigen Mann, der seit 7—8 Jahren an der Krankheit litt, zuerst am linken, dann auch am rechten Arme. Seit 3—4 Wochen spürte derselbe leichte Zuckungen im oberen Augenlide, öfters hatte er im Auge das Gefühl eines Sandkorns: seitdem soll auch das Sehvermögen sich vermindert haben. Die linke Pupille ist nur halb so gross als die rechte, beide reagiren normal auf Lichtreiz, und erweitern sich, wenn man eine Körperstelle kneipt (?). Die linke Cornea ist abgeplattet, so dass ihr Höhepunkt der Iris 1 Mm. näher liegt, als rechts. – Nach einigen Monaten waren

*) Benedikt, Electrotherapie II. Abth. (Wien 1868) p. 389.

**) Ibid. p. 389—412.

***) Erb, galvanotherapeutische Mittheilungen. Arch. f. clin. Med. III. Bd. pag. 356.

†) A. Eulenburg, Beiträge zur Galvanopathologie und -Therapie der Lähmungen, Berl. clin. Wochenschrift 1868, No. 2; und „über diplegische Contractionen gelähmter Muskeln", Centralblatt 1868, No. 3.

††) Voisin, atrophie musculaire progressive, phénomènes oculo-pupillaires (soc. de méd. du département de la Seine) gaz. hebd. 1863, No. 37; gaz. des hôp. 1863, No. 110.

dieselben Veränderungen auch auf dem rechten Auge eingetreten; beide Pupillen waren nun gleich eng, von träger Reaction, die Cornea auf beiden Augen gleichmässig abgeplattet, auch das Gesicht beiderseits schwach.

Auch in einem von Fournier und Mensaud*) beobachteten Falle von progressiver Muskelatrophie, die sich wesentlich auf den Nervus medianus und ulnaris linkerseits beschränkte, bestand eine beträchtliche Verengerung der linken Pupille. Die Section ergab Atrophie der vorderen letzten Cervical- und obersten Dorsalwurzeln, besonders linkerseits. Der Sympathicus und dessen Ganglien waren normal.

Voisin beruft sich zur Erklärung der in seinem Falle am Auge beobachteten Erscheinungen auf die Experimente von Cl. Bernard, wonach Durchschneidung der vorderen Wurzeln der beiden letzten Cervical- und der beiden ersten Dorsalnerven Verengerung der Pupille und Abplattung der Cornea hervorruft **) Da in dem von ihm beobachteten Falle die Muskelaffection vorzugsweise im Gebiete des N. medianus und ulnaris ihren Sitz hatte und diese ihre Fasern (zum Theil) aus den eben genannten Nerven beziehen, so meint er, die Nutritionsstörung sei von den peripherischen Nervenröhren aus centripetal auf die erwähnten vorderen Wurzeln fortgeschritten und habe zu secundärer Atrophie der letzteren Veranlassung gegeben. Die Nichtbetheiligung des Sympathicus bei Entstehung der oculopupillären Phänomene in dem obigen Falle soll, nach Voisin, aus dem Umstande folgen, dass vasomotorische Störungen, namentlich Temperaturerhöhung in den afficirten Theilen, nicht beobachtet wurden. Voisin folgt hierbei den Angaben Bernard's***), nach welchen die Gefässnerven der Extremitäten insgesammt aus Ganglien des Sympathicus herstammen und sich den gemischten Nervenstämmen erst ausserhalb der Wirbelsäule beimischen. (Durchschneidung der drei letzten Hals- und der beiden ersten Brustnervenwurzeln, beim Hunde, bewirkt keine Gefässerscheinungen in den Vorder-Extremitäten; wohl aber Durchschneidung des plexus oder Zerstörung des untersten Halsganglion und des Ganglion thoracicum primum). Indessen die bezüglichen Angaben Bernard's stehen, namentlich was ihre negative Seite, die Nichtbetheiligung der spinalen Wurzeln an dem Zustandekommen der Gefässerscheinungen, betrifft, vielfach mit den Ergebnissen anderer Experimentatoren, besonders von Schiff†) im entschiedensten Widerspruche. Letzterer sah auch nach Durchschneidung der entsprechenden vorderen Wurzeln Röthung und Temperaturerhöhung der gelähmten Extremität eintreten.

Aus dem Vorkommen oculopupillärer Erscheinungen bei progressiver Muskelatrophie ohne gleichzeitige Temperaturerhöhung der gelähmten Oberextremität liesse sich also weder für die Betheiligung der vorderen Wurzeln,

---

*) Gaz. des hôp. 1866, No. 3. (Schmidt's Jahrbücher 1867, Bd. 133, S. 291.)

**) Vgl. Comptes rendus LV. p. 1862, 381—388. (Des phénomènes oculopupillaires produits par la section du nerf sympathique cervical, ils sont indépendants des phénomènes vasculaires calorifiques de la tête.)

***) Comptes rendus 1862, LV, p. 228—236 und 305—312. (Recherches expérimentales sur les nerfs vasculaires et calorifiques du grand sympathique).

†) Comptes rendus 1862, LV. p. 400—403. Sur les nerfs vaso-moteurs des extrémités.

noch gegen eine Mitbetheiligung des Sympathicus ein haltbarer Schluss ziehen, wenn selbst die Voisin'sche Mittheilung nach den verschiedensten Richtungen hin weniger ungenau und lückenhaft wäre, als sie in der That ist. Jedenfalls ist übrigens das Vorkommen oculopupillärer Symptome bei der in Rede stehenden Affection als ausserordentlich selten, wenn nicht ganz exceptionell zu bezeichnen. Wir finden dasselbe in der zahlreich vorliegenden casuistischen Literatur nirgends hervorgehoben. Duchenne erwähnte im Anschlusse an die Voisin'sche Mittheilung ausdrücklich, dass er dieses Phänomen kein einziges Mal angetroffen habe. Auch wir haben in 9, von uns längere Zeit hindurch untersuchten Fällen das Vorhandensein der fraglichen Innervationsstörungen am Auge nicht constatiren können, Was speciell diejenigen Fälle aus der Literatur betrifft, in denen bei der Obduction degenerative Veränderungen am Hals-Sympathicus angetroffen wurden, so wird in dem Schneevogt'schen Falle „Verengerung der Pupillen" unter den Symptomen ausdrücklich angeführt. In diesem Falle waren, wie wir gesehen haben, ausser der Fettdegeneration des Sympathicus auch Atrophien der vorderen Wurzeln vorhanden, die jedoch vorzugsweise die 5 obersten Cervicalwurzeln betrafen; es war aber ferner auch Erweichung des Marks vom 5. Hals- bis zum 2. Brustnerven (also gerade in der Region des Centrum ciliospinale inferius) vorhanden. Die Pupillenverengerung könnte demnach ebensowohl in dem Sympathicusleiden, als in der medullären Centralerkrankung ihren Ausgangspunkt haben. Die Jaccoud'sche Mittheilung enthält leider überhaupt nichts über Symptome und Verlauf der beiden zur Obduction gelangten Fälle, da dieselben nur 2, resp. 6 Tage vor dem Tode auf der Station beobachtet wurden. —

Als Schluss dieser Betrachtungen ergiebt sich demnach das nicht gerade erfreuliche Resultat, dass wir einstweilen weder durch die anatomischen Befunde, noch durch die physiologische Analyse der Symptome in unseren Anschauungen über das Wesen der progressiven Muskelatrophie hinreichend gefördert sind, um über die wahrscheinlich nicht unerhebliche Rolle des Sympathicus bei dieser merkwürdigen Krankheit ein bestimmteres Urtheil zu fällen. Ist der Sympathicus überhaupt dabei regelmässig erkrankt? — und, wenn er es ist, erkrankt er durch centripetale Fortleitung des primären Muskelleidens auf die peripherischen Nerven, die Rückenmarkswurzeln und rami communicantes? oder ist umgekehrt die Sympathicus-Affection das Primäre und verbreitet sich dieselbe einerseits centrifugal nach den peripherischen Nervenstämmen und Muskeln, andererseits auch centripetal auf die spinalen Centra der betreffenden Sympathicusfasern? So lauten die Fragen, welche die Zukunft vor Allem zu entscheiden haben wird. Es steht zu hoffen, dass exacte Untersuchungen des Sympathicus bei vorkommenden Obductionsfällen fernerhin nicht mehr unterbleiben und dass dieselben namentlich durch genaue Vergleichungen mit dem Zustande der übrigen centralen und peripherischen Nervenapparate, hinsichtlich der Qualität und des Alters der Erkrankung, zu productiven Ergebnissen führen werden. Daneben ist, wie aus dem Obigen hervorgeht, in symptomatologischer Hinsicht dem eventuellen Vorhandensein oculopupillärer und vasomotorischer Phänomene grössere Beachtung zu widmen.

Bezüglich der Therapie wollen wir schliesslich noch erwähnen, dass in einem kürzlich mitgetheilten Falle*) von hochgradiger progressiver Muskelatrophie die Galvanisation des Sympathicus eine vollkommene Heilung erzielt hat. Wir selbst haben in den von uns beobachteten Fällen einen wesentlichen Effekt von dieser Behandlung bisher nicht gesehen.

V.
Angina pectoris.**)

Die Angina pectoris ist keine anatomisch definirbare Krankheit, sondern nur ein Symptomencomplex, der in sehr mannigfaltigen, zum Theil noch gar nicht gekannten Ursachen seine Quelle hat. Wenn wir daher diese Krankheit in die Pathologie des Sympathicus einreihen, so sprechen wir damit nicht aus, dass Störungen in der Sympathicus-Innervation allein die stenocardischen Anfälle hervorrufen; wir glauben nur, dass der Sympathicus insofern am Symptomencomplexe dieser Krankheit betheiligt sei, als er den wesentlichsten Antheil an der Bildung des Herznervengeflechtes nimmt und dieses offenbar als Ausgangspunkt sowohl der sensibeln als motorischen Erscheinungen des stenocardischen Anfalls angenommen werden muss.

Die Angina pectoris kommt als eine seltene Komplikation den verschiedensten Herzkrankheiten zu, unter den Klappenfehlern namentlich der Stenose des Aortenostium und der Aorteninsufficienz, dann dem atheromatösen Process an der Aortenklappe; unter den Erkrankungen des Herzfleisches der fettigen Degeneration, vorzüglich aber sind es die im Gefolge der Aortenfehler eintretenden Verknöcherungen und Verengerungen der Kranzarterien***), welche nicht selten bei der Section nachgewiesen und von jeher als die Ursache der stenocardischen Anfälle angeschuldigt worden sind†).

---

*) Nesemann, Berliner clinische Wochenschrift 1868, No. 37.

**) Der Kürze wegen bedienen wir uns öfters der vulgären Bezeichnung „stenocardische Anfälle“ wiewohl wir den Namen „Stenocardie“ nicht für passend halten.

***) Statistische Angaben über ihre Häufigkeit vgl. in den Lehrbüchern von Wunderlich, Handbuch der Pathologie und Therapie, 3. Bandes 2. Abtheilung, S. 592 ff. Friedreich, Herzkrankheiten, 2. Auflage, S. 325. v. Dusch, Herzkrankheiten, S. 335.

†) Parry wies zuerst auf die Verknöcherung der Kranzarterien als die Ursache der verminderten Herzenergie hin. — Sectionsbefunde von solchen Veränderungen sind aus der neueren Literatur u. a. Wilks, Med. Times and Gaz. 1855, No. 246. Philipp, Deutsche Clinik 1853, No. 41. Waldeck, Deutsche Clinik 1856, p. 437 ff. und Deutsche Clinik 1862, No. 5, S. 48. Tincham, Med. Times and Gaz. 1859, p. 591. Mason, British med. Journ. 1859, Okt. Moerhead The Lancet 1859, 26. Juli. (Schmidt's Jahrbücher 1860, 106. Bd., S. 170). Oppolzer, Wiener med. Wochenschrift 1858, S. 721 ff. Dickinson, Med. Times and Gaz. 1866, 6. Jan. (2 Fälle von Atherom der Aortenklappe und dadurch Verengerung der Coronararterien). Colin, Gaz. hebd. 1867, No. 29, p. 455.

Aber auch bei dem Mangel irgend welcher Veränderungen an den Kranzarterien oder einer Erkrankung des Herzens ist Angina pectoris beobachtet worden*), und andererseits fand man nicht selten Verknöcherungen der Kranzarterien bei der Obduction älterer Individuen, die während des Lebens niemals an stenocardischen Zufällen gelitten hatten. Daher stellte man neben der organischen, d. h. mit Herzkrankheiten complicirten Angina pectoris, schon seit lange eine nervöse, dynamische Form dieser Affection auf. Alle Nerven, die überhaupt zu dem Herzen in näherer oder fernerer Beziehung stehen, wurden von den verschiedenen Autoren für den Sitz der Affection in Anspruch genommen**), bald war es der Phrenicus, bald die Inter-

---

Wir selbst haben reine Fälle von Angina pectoris bisher dreimal beobachtet. Der erste Fall betraf einen Mann in den vierziger Jahren, der an Stenose und Insufficienz der Aortenklappe litt; der substernale Schmerz strahlte in diesem Falle in beide Arme aus. Bei einem zweiten Kranken, der nur eine Volumszunahme des Herzens (ohne Klappenfehler) darbot, strahlte der Schmerz in den linken Arm allein aus. Der 3. Fall ist im August d. J. in der Universitätspoliclinik zur Behandlung gekommen.

Kronig, Mann von 41 Jahren, klagt seit 6 Monaten über Herzklopfen; seit 3 Monaten sind stenocardische Anfälle hinzugetreten. Dieselben treten alle Nacht ein, dauern gewöhnlich 1—2 Stunden; der Schmerz beginnt unterhalb des processus xiphoideus, irradiirt dann längs der vorderen linken Thoraxfläche in die linke Achselhöhle, den linken Arm bis zum Ellenbogen, sehr gewöhnlich aber auch über die rechte Brust nach dem rechten Oberarm, ist aber hier niemals so intensiv. Der Schmerz wird als brennend bezeichnet; mit dem Beginn desselben tritt das charakteristische Gefühl der furchtbarsten Beklemmung, der Todesangst auf, so dass Patient aus dem Bett springt Die Respiration ist ganz frei.

Objectiv bestehen bei dem Kranken die exquisitesten Zeichen der Aortenklappeninsufficienz und Rauhigkeiten an Aortenostium (hochgradige Hypertrophie des linken Ventrikels, starkes Pulsiren der Carotiden, Temporalarterien u. s. w., pulsus celer, lautes systolisches und diastolisches Geräusch längs des Sternum, systolisches Geräusch und Fehlen des 2. Tons in der Carotis, Tönen der Brachial- und Femoralarterie, selbst der kleinsten Arterien (arcus palmaris). Während des Anfalls wird, wie der Kranke angiebt, das Pulsiren der Arterien noch stärker, er fühlt starkes Herzklopfen. — Die neben inneren Mitteln während 14 Tagen angewendete Galvanisation des Sympathicus hatte keinen Erfolg; Patient ist nach Warschau zurückgereist.

*) Aus der älteren Literatur, u. a. Beobachtung von Desportes bei Lartigue (De l'angine de poitrine. Paris 1846, p. 78). Aus der neuesten Literatur Surmay, Union méd. 1866, T. XXXI, No. 80, p. 34 ff.

**) Die verschiedenen älteren Ansichten über die Ursache der Angina pectoris finden sich in der Monographie von Ullersperger: Die Herzbräune. Gekrönte Preisschrift. Neuwied und Leipzig 1865.

costalnerven, namentlich aber der Vagus*) und Sympathicus**), ohne dass man natürlich im Stande war, die einzelnen Erscheinungen der Angina pectoris mit den physiologischen Funktionen dieser Nerven, deren Erkenntniss erst der neueren Zeit angehört, in Einklang zu bringen. Im Wesentlichen hielt man die Affection für eine Neuralgie der Herznerven, so z. B. Trousseau***) für eine epileptiforme Neuralgie, Romberg†) für eine Hyperaesthesie des Plexus cardiacus, ebenso Friedreich††). Andere Autoren haben neben dem neuralgischen Charakter des Leidens auch die anderen Symptome, namentlich die Veränderung der Herzthätigkeit während der Anfälle hervorgehoben und so bezeichnet sie Stokes†††) als eine vorübergehende Steigerung einer schon bestehenden Herzschwäche bei fettig entartetem Herzmuskel, neben einer Hyperaesthesie, Bamberger*†) im Gegensatz zu Stokes als eine gesteigerte Herzthätigkeit, eine Hyperkinese mit Hyperaesthesie, v. Dusch*††) als Hyperaesthesie mit Krampf des Herzens.

Unsere Meinung schliesst sich denjenigen Autoren an, die in der Angina pectoris nicht vornehmlich eine reine Hyperaesthesie, (Neuralgie des Plexus cardiacus), wiewohl sie allerdings das Cardinale des Krankheitsbildes ist, sondern auch motorische Störungen der Herznerven annehmen; — die Nerven aber, welche im Anfall selbst betroffen werden, oder deren, seien es nur functionelle oder vielleicht anatomische Störungen, den Anfall hervorrufen, zu bestimmen, also zu beweisen, warum die Angina pectoris eine Krankheit dieser oder jener Herznerven sei, das halten wir für unmöglich. Die Herznerven sind so vielfach durch Anastomosen verbunden und kommen aus so verschiedenen Bahnen des Nervensystems, dass eine isolirte Erkrankung oder functionelle Störung in Vagus- oder Sympathicusästen des Plexus cardiacus kaum angenommen werden kann. Da wo die Herznerven aber isolirt verlaufen, z. B. die Nervi car-

---

*) Desportes, Traité de l'angine de poitrine. — Alfred Lartigue: Mémoire sur l'angine de poitrine, couronné etc. Paris 1846 (Auszug in Gaz. méd. 1847, No. 39, p. 775 ff.) Gélineau, Gaz. des hôpitaux 1862, No. 114, 117 und 120.

**) Lobstein, De nervi sympathici humani fabrica, usu, morbis, commentatio anatomico — physiologico — pathologica, s. bei Ullersperger a. a. O. S. 78. Laennec: Traité de l'auscultation II. édit. Tom. II. p. 748 ff. „lorsqu'il il y a à la fois douleur dans le coeur et dans le poumon, on doit penser, que le nerf pneumogastrique est le siège principal de la maladie. Quand, au contraire, il y a simplement sentiment de pression dans le coeur, sans douleur dans le poumon et sans gêne extrême de la respiration, on pourrait plutôt croire, que le siège de la maladie est dans les filets que le coeur reçoit du grand sympathique etc.

***) Trousseau, De la Névralgie épileptiforme, Archives générales de Méd. 1853. Jan. p. 33 und 34.

†) Romberg, Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 3. Auflage 1855, S. 153.

††) Friedreich, Lehrbuch der Herzkrankheiten 1867, S. 326.

†††) Stokes, Krankheiten des Herzens. S. 395. Unter Neuralgia cordis beschreibt Stokes eine andere Affection l. c. S. 401.

*†) Bamberger, Krankheiten des Herzens 1857, S. 363.

*††) v. Dusch, Lehrbuch der Herzkrankheiten 1868, S. 337.

diaci des Vagus und die Rami cardiaci der Halsganglien des Sympathicus, sind anatomische Veränderungen bei der Angina pectoris noch nicht beobachtet worden. Es fehlt uns ferner für eine genauere Präcisirung des Antheils der einzelnen Herznervensysteme an der Affection die genaue Kenntniss der normalen Herzinnervation; gerade die Untersuchungen aus diesem Decennium über den Einfluss des Sympathicus und des Blutdrucks auf die Herzthätigkeit haben eine ganze Anzahl neuer zum Theil noch nicht einmal unter allgemeine Gesichtspunkte vereinigter Thatsachen geschaffen und ein vollkommenes Verständniss der normalen Herzinnervation noch weit in die Ferne gerückt. Aber auch bei einer sichereren physiologischen Grundlage würde für die pathologische Verwerthung noch immer manche Schwierigkeit entstehen. Denn die Angina pectoris entsteht nicht nur in Folge von anatomischen und zwar sehr verschiedenartigen Störungen am Herzen, die vielleicht verschiedenartige Herznervensysteme in Mitleidenschaft ziehen, sondern auch als reine Neurose ohne jede Erkrankung des Herzens, endlich sind die Erscheinungen des Anfalls selbst, namentlich die Veränderungen der Herzthätigkeit bei den verschiedenen Kranken so verschieden, dass, wollte man die Veränderung der Herzthätigkeit von einem einzigen Herznervensystem aus erklären, z. B. Beschleunigung der Herzthätigkeit als Folge eines Sympathicuseinflusses, diese Erklärung nicht mehr für die Fälle passen würde, bei denen im Paroxysmus die Herzthätigkeit eher verlangsamt ist oder wenigstens von der Norm kaum abweicht. Also nicht von einem bestimmten Herznervensystem dürfen wir bei der Besprechung dieser Krankheit ausgehen, sondern wir können nur den Symptomencomplex der Angina pectoris physiologisch analysiren, d. h. zeigen, in welcher Weise auf Grund der experimentellen Ergebnisse die einzelnen Herznervensysteme bei der Angina pectoris betheiligt sein können.

Hierbei ergiebt sich aber die bereits erwähnte Schwierigkeit, dass die Symptome des stenocardischen Anfalls von den verschiedenen Beobachtern durchaus nicht in gleicher Weise angegeben werden. Konstant und pathognostisch für die Angina pectoris sind nur die neuralgischen Erscheinungen, d. h. die in Paroxysmen auftretenden heftigen Schmerzen (übrigens von sehr verschiedener Schmerzqualität) die in der Gegend der Herzgrube zu enstehen scheinen und bald über die linke Thoraxfläche, bald längs des Sternum hinauf nach dem linken Arm oder in beide Arme ausstrahlen. Mit diesem Schmerz zugleich verbindet sich das Gefühl der schwersten Beklemmung, der unsäglichsten Angst.

Weniger charakteristisch als die eben genannten Phaenomene der sensibeln Sphaere sind die Erscheinungen der motorischen, d. h. die Störungen der Herzthätigkeit im Anfall. Bald wird von den Autoren eine von der Norm kaum abweichende*), bald eine gesteigerte Herzthätigkeit**), kräftiger Herzstoss, voller Puls, bald eine verminderte***) Herzaction, kleiner, etwas frequenter Puls angegeben; letztere Beobachtung gab zu der Theorie Veranlassung, es sei die Angina pectoris ein Krampf des Herzens mit nur sehr schwachen, unvollkommenen Contractionen, daher auch der Name „Stenocardie“. Mitunter

*) Friedreich a. a. O.

**) Bamberger a. a. O.

***) Parry und Stokes a. a. O.

scheint die Herzaktion stark zu sein, ihre Leistung ist in Wahrheit aber gering, da trotz des starken Herzstosses die Radialarterien eine nur niedrige Elevation und geringe Spannung zeigen.*) — Auch in Bezug auf das Verhalten der Respiration sind die Beobachtungen verschieden. Bald soll sie beschleunigt, bald verlangsamt, bald gar nicht beeinträchtigt sein. Dass im Wesentlichen die Veränderungen der Respiration nur durch den Schmerz und vielleicht ganz allein dadurch erzeugt sind, hat schon Parry**) hervorgehoben.

Diese einander gegenüberstehenden Angaben sind nun durch neuere sehr genaue Beobachtungen von Eichwald***) (an 9 Fällen auf der Petersburger Klinik) darin wieder vereinigt, dass ein und derselbe Kranke allerdings bisweilen die entgegengesetzten Zustände in den Circulations- und Respirationsverhältnissen darbieten kann, je nach der Dauer des Anfalls und der Zeit, in der man ihn untersucht. Es kann also nach Eichwald sowohl eine sehr stürmische und verstärkte Herzthätigkeit, als auch eine geschwächte, sowohl grosse Dyspnoe, als ruhige Respiration bei demselben Kranken beobachtet werden. Je stärker der stenocardische Anfall, desto stärker sollen diese Gegensätze sein. Im Paroxysmus, d. h. während des heftigen Schmerzes, erscheint die Herzthätigkeit geschwächt, selbst aufgehoben, in den schmerzfreien Zwischenräumen dagegen ist die Herzthätigkeit bedeutend verstärkt, selbst ausserordentlich heftig. Alle schweren Anfälle zeichnen sich durch mehrere Einzel-Paroxysmen aus, zwischen denen Intermissionen mit Nachlass des Schmerzes vorkommen. Leichtere Anfälle bestehen zuweilen nur aus einem solchen Paroxysmus und bei solchen hat auch Eichwald die Herz- und Athembewegungen von der Norm nicht sehr erheblich abweichend gefunden. In der physiologischen Analyse der Erscheinungen aber müssen wir von den stärker ausgeprägten Fällen ausgehen, und bei diesen ist die Herzthätigkeit mehr oder minder immer verändert.

Nach dem bisherigen betrachten wir die substernalen Schmerzen mit dem Angstgefühl und die Störungen in der Herzaktion als die Kardinalphänomene, die Veränderungen im Respirationsmechanismus grösstentheils nur als die Folge des Schmerzes; in wie weit diese Erscheinungen aus Störungen in der Herzinnervation sich ableiten lassen, versuchen wir in dem Folgenden.

Der den Anfall einleitende Schmerz entsteht wohl ohne Zweifel in den Nervengeflechten des Herzens; es lässt sich dies zwar nicht mit derjenigen anatomischen Sicherheit beweisen, wie an den peripherischen Nerven, deren Bahnen wir genau kennen; für diese Annahme spricht aber, dass der Schmerz stets wenigstens ungefähr an der gleichen der Herzlage entsprechenden Stelle entspringt und fixirt bleibt, und hier auch am intensivsten ist. Das Herz ist freilich unter normalen Verhältnissen wenig empfindlich, wie alle dem Willenseinflusse entzogenen Organe; dass dennoch eine Reizung seiner sensiblen

*) Nach sphygmographischen Untersuchungen von Lauder Brunton (Lancet 1867. July 27. p. 97) soll während des Anfalls die arterielle Spannung zunehmen und mit Abnahme des Anfalls wieder sinken.

**) Parry bei Stokes a. a. O. p. 398.

***) Eichwald, Ueber das Wesen der Stenocardie und ihr Verhältniss zur Subparalyse des Herzens. Würzburger med. Zeitschrift 1863, Bd. IV. S. 249—269.

Nerven unter pathologischen Verhältnissen eine so ausserordentliche Schmerzhaftigkeit erregen kann, ist ebenso wenig befremdend, als die gleichen Erfahrungen an den übrigen vegetativen Organen (z. B Cardialgie, Darmkolik u. s. w.)

Das Herz bezieht aber seine sensiblen Nerven, wie die Versuche von Goltz*) wenigstens für das Froschherz**) gezeigt haben, aus dem Vagus. Bei Säugethieren allerdings scheinen auch ausserhalb der Vagusbahn sensible Nerven in das Herzgeflecht einzutreten; denn trotz der Durchschneidung beider Vagi gab das Thier Schmerzempfindung zu erkennen, als die Vorhöfe mechanisch gereizt wurden.

Darnach also müssen wir auch den an den Herznervengeflechten sich so wesentlich betheiligenden Sympathicusfasern eine Empfindlichkeit zusprechen. v. Dusch***) erinnert mit Recht daran, dass auch die Qualität des Schmerzes die grösste Analogie mit jenen Schmerzen zeigt, die bei Reizzuständen in sympathischen Nerven, z. B. bei Gallensteinkolik, Cardialgie u. s. w. auftreten.

Diese Neuralgie des Herznervengeflechts ist in den selteneren Fällen eine idiopathische, in anderen wahrscheinlich die Folge von Zerrungen der Nerven. An solche mechanische Erregungen der Nerven muss man wenigstens bei gewissen organischen Herzkrankheiten, Verknöcherungen der Kranzarterien, Klappenfehlern der Aorta u. s. w. denken; der plexus cardiacus liegt ja hinter und unter dem arcus aortae, der plexus aorticus ebenfalls nahe dem ersteren, krankhafte Processe der Aorta können also zu Zerrungen des so nahe gelegenen Nervenplexus Veranlassung geben. Warum diese heftigen Schmerzanfälle nur in gewissen Zeitabständen, als Paroxysmen, auftreten, trotzdem die supponirte Ursache, welche zu der Zerrung Veranlassung giebt, fortbesteht, können wir ebenso wenig erklären, wie die Paroxysmen bei andern Neuralgien.

Für die Fälle, wo überhaupt organische Veränderungen am Herzen fehlen, haben wir über die nächste Ursache des Herzschmerzes keine Vermuthung. In der Veränderung der Herzthätigkeit während des Anfalls, sei es nun stärkere oder verminderte Arbeit des Herzens, kann dieser vehemente Schmerz allein wenigstens seine Quelle nicht haben; denn die extremsten Abweichungen von der normalen Herzaktion, sowohl die verstärkte Herzthätigkeit z. B. bei Aortenfehlern, als die verminderte z. B. bei fettiger Entartung des Herzmuskels, haben zwar Beklemmungsgefühl, aber niemals einen Schmerz zur Folge, der demjenigen in der Angina pectoris auch nur ähnlich wäre: mässige Grade einer abnormen Herzthätigkeit werden häufig gar nicht empfunden. Aus diesem Grunde können wir auch der Theorie Eichwald's über die Ursache des Schmerzes und des Wesens der Stenocardie nicht unbedingt beistimmen.

---

*) Goltz, Vagus und Herz. Virchow's Archiv 26. Bd., S. 1—33.

**) Die Reizung der Sinus cordis mit Essigsäure ruft beim Frosche Reflexbewegungen hervor. Schon weniger deutlich ist dieser Erfolg bei der gleichen Reizung der Vorhöfe; am unempfindlichsten ist der Ventrikel. Nach Durchschneidung beider Vagi erregt Essigsäurereiz auf die Sinus gar keine Reflexbewegungen mehr; ist nur ein Vagus durchschnitten, so erfolgen noch durch Vermittlung des andern Vagus Reflexbewegungen.

***) v. Dusch a. a. O. S. 336.

Eichwald glaubt, es beruhe der stenocardische Anfall auf einer wahrhaften Hemmung der Herzthätigkeit durch ein mechanisches Hinderniss, und der Schmerz sei die Folge der Anstrengungen, welche das Herz zur Ueberwindung dieses Hindernisses mache, gleichwie jede Ueberanstrengung eines willkürlichen Muskels schmerzhaft empfunden werde. So trefflich auch Eichwald die einzelnen Erscheinungen des Anfalls aus seiner Theorie erklärt, so muss man doch einwenden, dass zunächst eine Veränderung der Herzthätigkeit als erste Erscheinung in dem stenocardischen Anfall nicht nachgewiesen ist, im Gegentheil wird der Kranke mitten in dem vollkommensten Wohlsein plötzlich von dem Schmerze befallen, ohne vorher Herzklopfen gehabt zu haben. Auch ist die Herzthätigkeit während des Anfalls sowohl nach dem Herzstoss als nach dem Pulse zu urtheilen, wie ihn die Autoren angeben, doch keine so überangestrengte, um überhaupt einen solchen Schmerz erzeugen zu können. Geben wir selbst für gewisse Fälle von Angina pectoris Hindernisse für die Herzthätigkeit zu, so antwortet das Herz für gewöhnlich bei Hindernissen innerhalb des Kreislaufs, z. B. Stenosen des Aortenostium, Insufficienz der Aortenklappe, atheromatösem Process u. dgl. doch mit einer ganz anderen Thätigkeit, — die Contractionen des Ventrikels werden stärker. Und für die Fälle endlich, wo das Herz der objectiven Untersuchung als ganz normal erscheint, wo die Angina pectoris als reine Neurose*) auftritt, sind solche Hindernisse für die Herzbewegungen überhaupt nicht zu begreifen, denn dass in solchen Fällen, wie Eichwald glaubt, das Hinderniss innerhalb der das Herz versorgenden Nervenbahnen gelegen sei, nämlich in einer erhöhten Reizung der Vagi, ist doch nur dann annehmbar, wenn nachgewiesen wäre, dass dann stets der Puls verlangsamt sei. Und warum soll andererseits eine rhythmische Verlangsamung der Herzthätigkeit ein Hinderniss für die Blutbewegung sein? Jederzeit können wir unter pathologischen Verhältnissen die Herzthätigkeit durch pulsherabsetzende Mittel vermindern, und nie sehen wir darnach abnorme Empfindungen auftreten. Wir haben in einem Falle eine Pulsfrequenz von nur 28 in der Minute beobachtet, ohne die geringsten abnormen Empfindungen des Kranken.**) Wir glauben daher, dass eine veränderte Herzthätigkeit als solche den Herzschmerz nicht erzeugt.

In Betreff der Deutung der Schmerzen, welche von der Praecordialgegend nach anderen Körpergegenden, namentlich dem linken Arm ausstrahlen, müssen wir mit wenigen Worten auf die anatomischen Verhältnisse des Plexus cardiacus, seine Zusammensetzung und seine Verbindung mit den Hals- und Armnerven eingehen ***) — Der Plexus cardiacus ist zusammen-

---

*) So ist z. B. Angina pectoris in Folge übermässigen Tabakrauchens (in 8 Fällen) beobachtet worden. Die Anfälle blieben aus mit dem Aussetzen des Rauchens, und kehrten wieder, als die Patienten wieder zu rauchen anfingen. Vgl. die Mittheilung von Beau, Comptes rendus 1862. Vol. LIV. p. 179 und Archives générales 1862. Vol. II. p. 122. Dieselbe Beobachtung hat Savalle gemacht. Archiv. générales 1862. Vol. II. pag. 250. Ebenso Championnère, Canstatt's Jahresbericht 1865. III.

**) Der Kranke bot die Zeichen eines Centralleidens, wahrscheinlich im Halsmark. (Fettentartung des Herzens war auszuschliessen.)

***) Am detaillirtesten sind diese Verhältnisse in der Monographie von

gesetzt aus den Rami cardiaci des Vagus und den N. cardiaci, die aus den Halsganglien und dem ersten Brustganglion des Sympathicus entspringen. Das Ganglion cervicale supremum des Sympathicus, aus dem der Nervus cardiacus superior entspringt, hat aber auch Verbindungsäste mit den drei oder vier oberen Halsnerven, die ihrerseits wieder zur Bildung des plexus cervicalis beitragen; ausserdem anastomosirt der Nervus cardiacus superior noch während seines Verlaufes am Halse mit Aesten des Ramus descendens Nervi hypoglossi, der ebenfalls mit Aesten vom 2. und 3. Halsnerven zusammenhängt. Es ist also dadurch eine mehrfache Verbindung des N. cardiacus superior mit Halsnerven hergestellt.

Das Ganglion cervicale medium, aus dem der Nervus cardiacus medius entspringt, hat Verbindungsäste mit dem 5. und 6. Halsnerven, zuweilen auch mit dem N. vagus und phrenicus. Das Ganglion cervicale inferius, aus dem der Nervus cardiacus inferior entspringt, hat Verbindungsäste mit dem 6., 7. und 8. Halsnerven und dem ersten Brustnerven. Die vier unteren Halsnerven aber und der erste Brustnerv treten zum Plexus brachialis zusammen, dadurch steht also auch das Ganglion cervicale inferius und der aus ihm entspringende N. cardiacus inferior, mit dem plexus brachialis in Verbindung. Dazu kommen nun noch die vielfachen Anastomosen des Sympathicus mit dem Vagus; theils hängen die Ganglien des Sympathicus mit Vagusästen zusammen, und zwar sowohl mit Aesten aus seinem Stamm als mit dem von ihm entspringenden Nervus laryngeus superior und namentlich inferior, theils hängt der Vagus wieder mit den Halsnerven zusammen durch einen Verbindungsast mit dem Ramus descendens des Nervus hypoglossus. Der Plexus cardiacus hängt wieder vielfach durch Aeste mit dem Plexus aorticus thoracicus und den Plexus coronarii cordis zusammen. — Es erklären sich nun die bei der Angina pectoris in das Cervicalnervengebiet ausstrahlenden Schmerzen aus der Verbindung, in welcher der Plexus cardiacus mit den vorderen Aesten der 4 oberen Halsnerven und dem ersten Brustnerven steht; die nach dem linken Arm ausstrahlenden Schmerzen erklären sich daraus, dass der vordere Ast des ersten Brustnerven Anastomosen mit dem unteren Bündel des Plexus brachialis eingeht. Dass die Schmerzen im linken Arm häufiger sind als rechts hat seinen Grund zum Theil vielleicht in der Linkslage des Herzens und der Aorta, wodurch also bei Erkrankungen der letzteren leichter Nervenzerrungen zu Stande kommen, zum Theil darin, dass die Nervenanastomosen links inniger sein sollen. Die Schmerzen auf der vorderen Fläche der Brust erklären sich aus den Verbindungsästen der Brustnerven mit dem Plexus brachialis. Es kommen dann noch irradiirte Schmerzen in der Zwerchfellgegend vor, die man aus der Verbindung des N. phrenicus mit dem 4. und 5. Halsnervenpaar (und dadurch wieder mit den Nervi cardiaci) ableiten kann. Die Erscheinungen, welche man zuweilen im Gebiete des Vagus wahrnimmt, erschwertes Schlucken oder Brechen, erschwerte Pho-

---

Lussana auseinandergesetzt, (Filippo Lussana, Monografia delle nev — ralgie brachiali con appendice intorno alla angina pectoris. Milano 1859, auch Gaz. Lombarda Jahrg. 1858, No. 46—48 und 1859 No. 9—13 und 15—18, referirt in Schmidt's Jahrbüchern 1860, 108. Bd., S. 168, 182 und 306—313.

nation,*) sind zurückzuführen auf die mannigfachen Verbindungen zwischen Sympathicus und Vagus, namentlich des Plexus cardiacus mit den Nervi cardiaci des Vagus. Die Verbindungen des plexus cardiacus mit dem Aorten- und Kranzarteriengeflecht erklären die Häufigkeit der stenocardischen Anfälle bei Kranzarterien-Verknöcherungen und Verengerungen.

Bald sehen wir in den Anfällen der Angina pectoris den Schmerz nur auf eine Stelle, die Praecordialgegend, sich beschränken, bald nach den verschiedenen Nervenbahnen ausstrahlen. Es hängt dies zum grossen Theil wohl, neben rein mechanischen Verhältnissen, von der Intensität des Reizes ab, welcher auf den Plexus cardiacus wirkt. Nach Analogie anderer neuralgischer Affektionen können wir annehmen, dass auch hier mit der Intensität des Schmerzes die Zahl der in Mitleidenschaft gezogenen Nerven wächst. Bei dem schon früher erwähnten Kranken, den wir einige Wochen lang beobachtet haben, waren die Schmerzirradiationen um so ausgedehnter, je heftiger der initiale Schmerz in der Praecordialgegend war; bei Anfällen von nur mässiger Intensität fehlten die Irradiationen nach dem rechten Arm ganz und auch auf der vorderen linken Brustfläche war ein an Ausdehnung geringeres Nerventerritorium afficirt.

Im Zusammenhang mit dem „Herzschmerz" steht auch das Gefühl der Oppression, der Todesangst, wie es die Kranken bezeichnen; ein solcher Zusammenhang scheint uns wenigstens näher zu liegen, als die Annahme, dass diese „Angst" die Folge der gehemmten Herzaktion sei. In verschiedenen neuralgischen Affektionen haben wir für dieses Oppressionsgefühl wenigstens eine Analogie; bei Cirkulationshemmnissen aber, wie sie in viel sichtlicherer Weise als bei Angina pectoris bei verschiedenen Herzaffektionen vorkommen, fehlt dieses Oppressionsgefühl

Wir betrachten nun die Ursachen der motorischen Störungen in der Herzthätigkeit während des stenocardischen Anfalls.

Wie schon in der Einleitung erwähnt, können wir bei dem Mangel pathologisch-anatomischer Grundlagen nicht von einem einzigen bestimmten Herznervensystem als der Quelle dieser Störungen ausgehen, sondern wir analysiren nur die Phaenomene der Herzthätigkeit nach unseren gegenwärtigen Kenntnissen über die Herzinnervation und wollen zu zeigen versuchen, dass diese Erscheinungen im stenocardischen Anfall in sehr verschiedenen Herznerven ihre Quelle haben können. Wir können sie erklären durch Störungen des automatischen, des regulatorischen und des sympathischen Herznervensystems.

Wir betrachten zunächst das erstere:

Das Herz unterhält seine rhythmische Thätigkeit bekanntlich noch eine Zeit lang, auch wenn es aus dem Körper entfernt ist. Die Innervationsheerde für diese Thätigkeit sind die im Herzmuskel eingebetteten Ganglienanhäufungen (automatisches Herznervensystem). Einflüsse, welche die Thätigkeit dieser Ganglien oder die mit demselben nach physiologischem Postulate zusammenhängende Muskelsubstanz lähmen, vernichten sofort die Contraktionen des Herzens. Ein Beispiel hierfür sehen wir in der Einwirkung verschiedener Gifte, die

*) U. a. bei Lartigue l. c. p. 22. (Vgl. Schmidt's Jahrbücher 1860, 108. Bd. S. 310).

man in die Ventrikelhöhle einführt oder in deren Lösungen man das ganze Herz eintaucht. Landois*) hat ferner gezeigt, dass die Störung dieser automatischen Thätigkeit der Herzganglien bei direkter Einwirkung gewisser Gifte eine zweifache sein kann, sowohl gesteigerte als verminderte Thätigkeit bis zur allmähligen vollkommenen Lähmung des Herzens. Schwache Lösungen verschiedener Gifte in das Endocardium des Froschherzens gebracht reizen die unter dem Endocardium gelegenen Ganglienzellen und rufen dadurch eine frequente Herzthätigkeit hervor, starke Lösungen lähmen die Ganglien rasch und heben somit die Herzcontractionen auf. Weniger deutlich treten die beiden Gegensätze dieser Störungen ein, sobald man die Lösung dieser Gifte nur auf die Herzoberfläche bringt.

In ähnlicher Weise, wie in den eben genannten physiologischen Experimenten können vielleicht die Herzganglien unter pathologischen Verhältnissen afficirt werden. Wird durch irgend eine Ursache die Rhythmicität ihrer Thätigkeit gestört, sei es durch abnorme Widerstände für die Blutbewegung; z. B. bei den Aortenfehlern, atheromatösen Processen in der Aorta, oder wird den Ganglien zu wenig Blut zugeführt, wie bei Verengerung oder Verschliessung der Coronararterien, oder leiden dieselben, was nicht gerade unwahrscheinlich ist, bei Erkrankungen des Muskelfleisches, Ausgängen der Myocarditis, fettiger Degeneration, so wird die Herzthätigkeit in zweifacher Weise verändert werden können; entweder die Frequenz wird gesteigert sein, wenn die eben genannten pathologischen Einflüsse reizend auf die Ganglien wirken, oder sie wird vermindert sein, wenn die Wirkung derselben eine mehr lähmende ist. Mit der Annahme, dass im stenocardischen Anfall die automatischen Herzganglien in ihrer Thätigkeit gestört sind, lässt sich auch die Thatsache ganz gut vereinigen, dass im Anfall bald eine verstärkte, bald eine verminderte Thätigkeit des Herzens beobachtet wird; so wie giftige Lösungen in das Endocardium injicirt je nach ihren Koncentrationsgraden die schon oben genannten entgegengesetzten Wirkungen erzeugen, ebenso wird ein pathologischer Reiz je nach seiner Intensität verschiedene und gerade die entgegengesetzten Wirkungen auf die Herzthätigkeit äussern können.

Zu Gunsten der Auffassung, dass die Herzganglien betheiligt sind, vielleicht in Folge einer zu geringen Blutzufuhr, wie bei Aortenfehlern und Kranzarterienverengerungen, möchten wir noch eine experimentelle physiologische Thatsache anführen. v. Bezold**) sah nämlich eine Veränderung der Herzschläge eintreten, als er bei Kaninchen (nach vorheriger Durchschneidung

*) L. Landois, Die direkte Herzreizung. Greifswalder medicinische Beiträge, II. Band 1864, S. 161—177.

**) v. Bezold, Ueber den Einfluss, welchen die Verschliessung der Coronararterien auf den Herzschlag ausübt. Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften 1867, No. 23. Vgl. auch: Suschtschinsky, Ueber den Einfluss des erhöhten und verminderten Blutdrucks und der verminderten Ernährung des Herzens (Verschluss der Arteriae coronariae magnae) auf die Erregbarkeit der peripherischen Endigungen des N. vagus im Herzen, in v. Bezold's Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Würzburg 1867, 2. Heft und Centralblatt 1868, No. 3, S. 33.

der Vagi, Sympathici am Halse und des Halsmarkes) die grossen Kranzarterien oder mehrere ihrer Zweige mit Klemmpincetten verschloss. Nachdem in den ersten 10—15 Sekunden ein deutlicher Erfolg nicht zu beobachten war, wurden dann die Herzschläge seltener, nach ½—¾ Minuten unregelmässig (Abwechselung von schleunigen mit langsamen Kontraktionen) nach 1—1½ Minuten erschlaffte den Ventrikel gänzlich. Wurde der Verschluss gelöst, so begannen die Pulsationen wieder und wurden bald wieder ganz regelmässig.

Auch vom Vagus aus können zweitens gewisse Veränderungen der Herzaktion wenigstens in einzelnen Fällen von Angina pectoris erklärt werden. — In den meisten Fällen allerdings sprechen die Verhältnisse des Pulses gegen die Annahme einer Vagusreizung, der Puls ist frequent und klein; um sie der Theorie zu accommodiren, müsste man gerade einen vorübergehenden paretischen Zustand im Vagus annehmen. Es kommen aber auch einzelne Fälle von Angina pectoris mit Pulsverlangsamung vor. Eichwald beschreibt einen bemerkenswerthen Fall, wo sich zu hysterischen Paroxysmen jedesmal ein stenocardischer gesellte und während des letzteren eine Retardation des Pulses, eine Verstärkung der einzelnen Herzschläge eintrat; der Puls war voll und hart, aber gleichzeitig selten und langsam. Dauerte der Paroxysmus etwas länger an, so wurde der Puls unregelmässig, setzte aus und wurde sogar auf ganze Minuten unfühlbar*) In gleicher Weise war die Herzthätigkeit in zwei anderen Fällen von Angina pectoris, bei einer hysterischen und bei einer durch eine Pneumonie heruntergekommenen Patientin beschaffen, wo der Paroxysmus durch eine heftige Gemüthsbewegung hervorgerufen war. Eichwald glaubt daher, dass es sich in solchen Fällen (also bei Hysterie) um einen Reizungszustand im Gebiete des Vagus handle; es spricht dafür namentlich die Beobachtung, dass in solchen Fällen auch andere Symptome im Gebiete des Vagus hervortreten, Beschwerden der Phonation, des Schluckens, und dass die Veränderung der Herzthätigkeit bei dieser Art der Angina pectoris ganz den experimentellen Ergebnissen der Vagusreizung sich anschliesst. Bei schwacher Vagusreizung nämlich wird, wie im Beginn des stenocardischen Anfalls, der Herzschlag seltener aber intensiver, bei stärkerer Reizung wird, wie in einem stärkeren stenocardischen Anfall, die Herzthätigkeit verlangsamt, selbst mehr oder minder sistirt. Auch der Schmerzparoxysmus ist mit der Theorie einer Vagusreizung sehr gut vereinbar, da ja die Sensibilität des Herzens hauptsächlich von den Verzweigungen des Vagus abhängt, wie wir schon oben erwähnt haben.

Pathologisch-anatomisch ist bis jetzt eine Veränderung am Vagus bei reinen Fällen von Angina pectoris noch nicht nachgewiesen; es existirt

---

*) Den retardirenden Einfluss der Vagusreizung auf den Herzschlag kann Czermak an sich selbst hervorrufen. (J. Czermak, Ueber mechanische Vagusreizung beim Menschen, Jenaische Zeitschrift für Medicin. II. 384—386. und III. S. 455, sowie Prager Vierteljahrschrift 1868, 100. Band, S. 30. Auch Donders (Centralblatt für die med. Wissensch. 1868, S. 815. Anmerkung) kann an sich selbst durch willkürliche Contraction der vom Accessorius (welcher die Hemmungsfasern des Vagus enthält) versorgten Muskeln Herzstillstand erzeugen.

aber in der Literatur ein sehr merkwürdiger, in mancher Hinsicht der Angina pectoris ähnlicher, von Heine*) beschriebener Fall, bei dem unter Anderem auch Veränderungen am Vagus gefunden worden sind. Der Kranke bot die sonderbare Erscheinung, dass sein Herz häufig sekundenlang, gewöhnlich während einer Zeitdauer von 4—6 Pulsschlägen ganz still stand; dabei hatte der Kranke ein unsägliches Angstgefühl ähnlich dem Schmerzanfall bei der Angina pectoris. Die Anfälle wurden wiederholt auf der Klinik zu Wien von Skoda selbst beobachtet. Bei der von Rokitansky gemachten Sektion zeigte sich der Nervus phrenicus dexter verwebt in einen schwarzblauen, derben, von Kalkconkrementen durchsetzten Knoten. Von den das Herznervengeflecht bildenden schlaffen blassgraulichen Strängen war der aus dem Geflecht zwischen der Aorta descendens und der Arteria pulmonalis aufsteigende Nervus cardiacus magnus unterhalb ihrer Bogen in einen haselnussgrossen schwarzen Knoten eingewebt und vor seinem Eintritte in denselben verdickt. Die auf der vorderen Seite des linken Bronchus zum Lungengeflecht herabsteigenden Zweige des linken Vagus zeigten sich auf ähnliche Weise von einer unterliegenden knotigen schwarzblauen Lymphdrüse gezerrt.

Auch in diesem Falle traten trotz einer permanent wirkenden anatomischen Veränderung in den Herzgeflechten und Druck auf die Vaguszweige die Störungen der Herzaktion nur in Paroxysmen auf; ausserhalb derselben befand sich der Kranke wohl.

Zwei ähnliche Fälle, wo die Herzbewegung zeitweilig gehemmt war und dabei grosses Angstgefühl bestand, theilt Landois**) nach Beobachtungen von Canstatt***) mit. — Es giebt nun auch gewisse bei Erkrankungen von Unterleibsorganen vorkommende Fälle von Angina pectoris, die wir auf Grundlage der physiologischen Thatsachen als reflectirte Vagusneurosen auffassen können. Bekanntlich kann man durch Reizung des Sympathicus in der Bauchhöhle Herzstillstand in der Diastole erzeugen, gerade so wie bei direkter Vagusreizung; †) es müssen also Sympathicusfasern durch die Rami communicantes in das Rückenmark treten und durch dasselbe bis zum Halsmark laufen, deren Erregung dann auf das hier befindliche Centrum des Vagus übertragen wird; denn nach vorheriger Durchschneidung beider Vagi oder Zerstörung der medulla oblongata bleibt die Reizung des Sympathicus auf das Herz wirkungslos. Fälle aus der älteren Literatur, wo bei Erkrankung

*) Joseph Heine, Ueber die organische Ursache der Herzbewegnng. Müller's Archiv für Physiologie, 1841. S. 236.

**) L. Landois, Der Symptomenkomplex „Angina pectoris" physiologisch analysirt, nebst Grundlinien einer rationellen Therapie. Correspondenzblatt für Psychiatrie, 1860. Separatabdruck.

***) Das Original: Canstatt, Klinische Rückblicke und Abhandlungen, Erlangen 1848, war uns nicht zugänglich.

†) Goltz, Vagus und Herz, Virchow's Archiv Bd. XXVI, S. 1—33. — J. Bernstein, Herzstillstand durch Sympathicusreizung. Centralblatt für die med. Wissenschaften 1863, No. 52, S. 817. — Derselbe: Vagus und Sympathicus, Centralblatt etc. 1864, No. 16, S. 241. — Derselbe: Untersuchungen über den Mechanismus des regulatorischen Herznervensystems. Reichert't und du Bois-Reymond's Archiv, S. 614—666.

von Abdominalorganen stenocardische Anfälle hinzutraten, finden sich in der Monographie von Ullersperger. In der neueren Literatur fanden wir einen Fall von Angina pectoris, wo eine auf die zugleich bestehende Volumszunahme der Leber gerichtete Therapie sofort eine Besserung in dem Allgemeinzustande hervorbrachte.*) Die bis dahin fast bei jeder stärkeren Bewegung eingetretenen stenocardischen Anfälle waren bald ganz verschwunden. Eine Herzaffektion war bei dem Kranken nicht vorhanden. — Im Anschluss an die eben besprochene Möglichkeit der Vagusbetheiligung an den Herzstörungen im stenocardischen Anfall hätten wir noch des Nervus depressor zu gedenken, eines vor zwei Jahren von Ludwig und Cyon entdeckten und wegen seiner physiologischen Funktionen so benannten Zweiges des Vagus; so wichtig aber auch dieser Nerv nach den vorliegenden Versuchen für die Blutcirkulation zu sein scheint, so sind seine Funktionen doch noch nicht so weit erforscht, als dass wir sie schon pathologisch verwerthen könnten.**)

*) Bergson, Deutsche Klinik 1862, S. 48. Vgl. auch die in derselben Sitzung der Berliner med. Gesellschaft mitgetheilte Beobachtung von Waldeck.

**) Dieser bisher bei Kaninchen konstant gefundene, aus dem Vagusstamm oder dem N. laryngeus superior entspringende Nerv erzeugt bei Reizung seines centralen Endes eine Blutdruckverminderung. Dieselbe ist bedingt durch eine Verminderung des Tonus der Gefässnerven, denn das Sinken des Blutdrucks bei der Reizung des Depressor tritt auch dann ein, wenn vorher sämmtliche zum Herzen gehende Nerven durchschnitten sind, während andererseits die Blutdruckverminderung eine sehr geringe ist, wenn vor der Depressorreizung die Hauptgefässnerven des Körpers, die N. splanchnici, durchschnitten worden sind, also dadurch schon eine bedeutende Blutdruckverminderung erzeugt worden ist. Wir haben also hier die merkwürdige Einrichtung gegeben, dass durch Reizung eines sensibeln Herznerven reflektorisch eine Lähmung von Gefässnerven, also Erweiterung des Kalibers der Gefässe eintritt. Es hat dieser Nerv wahrscheinlich die Bedeutung, als Regulator für den Blutdruck zu wirken; wird er durch Blutüberfüllung des Herzens gereizt, so tritt eine (reflektorische) Verminderung der Tonus der Gefässnerven ein, also eine Verminderung des Blutdrucks, die Gefässe erweitern sich und es kann das Herz sein Blut besser in das erweiterte peripherische Strombett entleeren. — Ueber das Nähere vgl. E. Cyon und C. Ludwig: Die Reflexe eines der sensibeln Nerven des Herzens auf die motorischen der Blutgefässe. Sächsisch-akademische Berichte der mathematisch-physikalischen Klasse 1868, S. 307—328. S. auch M. und E. Cyon: Ueber die Innervation des Herzens vom Rückenmark aus. Centralblatt für die med. Wissensch. 1866, No. 51. — Die darauf folgenden Arbeiten sind: Kowalewsky und Adamük, Einige Bemerkungen über den Nervus Depressor (bei 50 Katzen fanden ihn die Verff. nur fünfmal) Centralblatt 1868, No. 35, S. 545. — Dreschfeld, Centralblatt 1868, No. 2, S. 21. — E. Bernhardt, Anatomische und physiologische Untersuchungen über den N. depressor bei der Katze, Inaugural Dissertation Dorpat 1868, ref. im Centralblatt 1868, No. 35, S. 553. — Claude Bernard, Bericht über die Cyon'sche Arbeit: Comptes rendus, 1868, Tom. LXVI, p. 938 und Journal de l'anatomie et de la physiologie normales et pathologiques par Robin 1868, No. 4. Juiliet et Août p. 337—345.

Wir kommen nun zur Besprechung, in wie weit der Sympathicus an den Erscheinungen der Angina pectoris betheiligt sein kann.

Die sympathischen Herznervenfasern verlaufen zum Theil in der Bahn des Halssympathicus (als Nervi cardiaci aus den Ganglien entspringend) zum Herzen, zum Theil vom Gehirn entspringend durch das Halsmark und den obersten Theil des Brustmarks zum Ganglion stellatum (Ganglion cervicale inferius) um sich von da zu den Herzgeflechten zu begeben. Dies ist die neuere (aus dem vorigen Jahre datirende) Darstellung von v. Bezold, während er früher glaubte, dass durch das ganze Rückenmark Sympathicusfasern laufen und aus allen Gegenden desselben mit den Nerven heraustreten, um sich in den Grenzstrang des Sympathicus zu begeben.*) Die im Sympathicus verlaufenden Herzfasern werden vom Centrum, dem Gehirn, erregt (excitirendes Herznervensystem v. Bezold's), ihre Funktion besteht also darin, die vom Centrum kommende Erregung auf die Ganglien des Herzens

---

*) von Bezold, Untersuchungen über die Innervation des Herzens. Leipzig 1863. 1. Abtheilung S. 121 ff. und 2. Abtheilung (excitirendes Herznervensystem).

Nach Ludwig und Thiry (Wiener Sitzungsberichte XLIX. II. p. 421 ff.) ist der Einfluss des excitirenden Herznervensystems Bezold's auf die Herzbewegungen zum grössten Theil auf die im Sympathicus verlaufenden vasomotorischen Nervenfasern zu beziehen. — Die von Bezold gegen die Ludwig-Thiry'sche Auffassung beigebrachten Versuchsresultate (Untersuchungen über die Innervation des Herzens und der Gefässe. Centralblatt 1866. No. 52) lassen nach Traube auch noch eine andere als die von Bezold gegebene Deutung zu, und zwar zu Gunsten des von Ludwig hervorgehobenen vasomotorischen Nerveneinflusses (Berliner klinische Wochenschrift 1866 Nr. 51). — M. und E. Cyon (Ueber die Innervation des Herzens vom Rückenmarke aus, Centralblatt 1866. No. 51 und Reichert's und du Bois-Reymond's Archiv 1867. S. 398—416) folgern aus ihren Versuchen, dass die von Bezold bei Reizung des Rückenmarks beobachtete Beschleunigung der Herzschläge die Folge von zwei getrennten Vorgängen ist, erstens von der Reizung der Herznerven und zweitens von dem bei dieser Reizung durch die eintretende Contraction der kleinen Gefässe gesteigerten Blutdruck. — Uebrigens hat von Bezold neuerdings seine Lehre vom excitirenden Herznervensystem darin modificirt, dass er die Veränderungen der Herzthätigkeit und des Blutdruckes nach Rückenmarksreizung und Durchschneidung, die er früher nur als Wirkung der im ganzen Rückenmark verlaufenden excitirenden Herznervenfasern auffasste, jetzt auch als Folge der durch diese Experimente am Rückenmark eintretenden Veränderungen des Tonus der Gefässe betrachtete. Betreffs der Details vgl. v. Bezold, Untersuchungen über die Innervation des Herzens und der Gefässe, Centralblatt 1867. Nr. 2 und 23. — C. Bever, Beiträge zur Lehre von den Herz- und Gefässnerven, Würzburger med. Zeitschrift 1867, 7. Bd. S 215—250. — v. Bezold, Untersuchungen über die Herz- und Gefässnerven der Säugethiere (Untersuchungen aus dem physiologischen Laboratorium in Würzburg. Leipzig 1867, 2. Heft, S. 181—368.)

zu übertragen. Wir stellen uns darnach die Herzinnervation in der Weise vor, dass die rhythmisch arbeitenden Ganglien des Herzens durch zwei Gattungen von Herzfasern beeinflusst werden; die Vagusfasern hemmen im erregten Zustande die Ganglienthätigkeit, die Sympathicusfasern beschleunigen sie.*) Beide stehen mit dem Centralorgan in Verbindung und werden gleichzeitig durch psychische Erregungen gereizt.

Von diesen Thatsachen aus können wir uns also die Beschleunigung der Herzaktion in der Angina pectoris als eine durch Sympathicuseinfluss bedingte vermehrte Thätigkeit der Herzganglien erklären; da im Plexus cardiacus ferner alle sympathischen Fasern sich vereinigen, so nehmen wir auch hier die Quelle für die abnorme Herzthätigkeit an.

Weiter können wir in der Verwerthung der physiologischen Kenntnisse vom Sympathicus für die Pathogenese der Angina pectoris nicht gehen. Der Einfluss des Sympathicus auf das Herz ist nach den bahnbrechenden Arbeiten von v. Bezold eifrig von zahlreichen Forschern experimentell studirt worden; aber mit der wachsenden Zahl immer neuer, zum Theil sich sehr widersprechender experimenteller Ergebnisse aus den letzten Jahren, namentlich auch über die Wirkung des Blutdruckes auf die Herzaktion, wird der Einfluss des Sympathicus auf die Herzthätigkeit anscheinend immer complicirter und das vollkommene Verständniss der sympathischen Herzinnervation noch weit in die Ferne gerückt. —

Für die Annahme, dass der Plexus cardiacus also auch der an seiner Zusammensetzung sich so wesentlich betheiligende Sympathicus bei der Angina pectoris afficirt sei, haben wir in einem Sectionsbefunde von Lancereaux eine beachtenswerthe Stütze.

Der von Lancereaux**) mitgetheilte Fall betrifft einen 45jährigen Kranken, der die gewöhnlichen Symptome der Angina pectoris darbot, und der einem solchen Anfalle erlag.

Den Obductionsbefund lassen wir im Original folgen:

A l'autopsie on constata l'existence d'une lésion de l'aorte. Entre les deux orifices des artères coronaires rétrécies au point de permettre à peine l'introduction d'un stylet, se trouve une plaque saillante de plusieurs centimètres d'étendue, à rebords festonnés, et composée en grande partie de tissu conjonctif de nouvelle formation. Situé entre la couche interne et la couche moyenne le néoplasme paraît contenir dans son épaisseur de fines arborisations; la tunique externe de l'aorte était ent tout cas, au niveau surtout de son adhésion à l'artère pulmonaire, le siège d'une vascularisation anormale extrêmement riche. Le plexus cardiaque, qui, comme on sait, repose sur cette portion du vaisseau artériel, participait à cette vascularisation, et

*) Der Nachweis der Bahnen, in welchen die Beschleunigungsnervenfasern für die Herzbewegung verlaufen, ist in der neuesten Zeit Gegenstand der Forschung. Vgl. M. und E. Cyon, Centralblatt 1866. No. 51. Dieselben: Comptes rendus Tom. LXIV. No. 12. v. Bezold, Centralblatt 1866. No. 52 S. 820, 1867. Nr. 20. S. 314 und No. 23. S. 355.

**) Lancereaux, De l'altération de l'aorte et du plexus cardiaque dans l'angine de poitrine. Gaz. méd. 1864 p. 432.

quelques uns de ses filets se trouvaient compris dans une sorte de gangue ou de plasma appliqué à sa tunique externe épaissie. L'examen microscopique des filets nerveux et des ganglions montra d'une façon positive que des nombreux noyaux ronds se trouvaient interposés sous forme d'amas entre les éléments tubuleux qu'ils comprimaient plus ou moins; la portion médullaire de ces éléments était d'ailleurs grisâtre et grenue.

Ainsi, à la lésion de l'aorte venait s'ajouter une altération manifeste du plexus cardiaque, et dans la paroi du vaisseau, comme au sein du plexus nerveux, on constatait l'existence d'une varcularité exagérée et d'une hyperplasie des éléments de substance conjonctive.

Un tubercule calcaire, provenant sans doute d'un ganglion lymphatique crétacé, se rencontrait en outre au niveau du point de récurrence du nerf laryngé inférieur gauche, ou il adhérait au névrilème. Les valvules aortiques à peine alterées étaient seulement un peu épaissies au niveau de leur bord adhérent. Le coeur, sain, contenait en petite quantité un sang noir et liquide. Les autres organes n'étaient pas lésés, le fois excepté, lequel était un peu gros.

In zwei anderen Fällen von Angina pectoris fand Lancereaux eine Aortenalteration an derselben Stelle, mit denselben Charakteren, ebenfalls mit beträchtlicher Verengeruug der Coronararterien, so dass (nach seinen Angaben) vielleicht eine analoge Affection des plexus cardiacus wie im ersten Falle bestanden hatte. (Der Plexus cardiacus wurde aber nicht untersucht.)

Der Sympathicus kann aber auch noch in anderer Weise an der Veränderung der Herzthätigkeit bei der Angina pectoris betheiligt sein, ohne dass die sympathischen Herznervenfasern ergriffen sind. Da nämlich im Sympathicus die vasomotorischen Nerven verlaufen, so wird bei Innervationsstörungen derselben eine Veränderung in dem Tonus der Gefässe, und dadurch Veränderung des Blutdrucks eintreten, welche ihre Rückwirkung auf das Herz in zweifacher Weise äussern können. Bei einer Reizung der vasomotorischen Nerven wird Verengerung, bei einem mehr paretischen Zustand Erweiterung der Gefässe eintreten; im ersten Fall steigt mit dem vergrösserten Widerstande für die Entleerung des Herzens in das verengte peripherische Strombett der Blutdruck im Aortensystem, das Herz verstärkt also seine Thätigkeit, im zweiten Fall sinkt (bei dem verringerten Widerstande für die Blutbewegung) der Aortendruck, das Herz arbeitet schwächer.*) Dass gewisse Fälle von Angina pectoris mit den vasomotorischen

*) Wir sind hierbei den Angaben von Ludwig und Thiry l. c. und M. und E. Cyon, Centralblatt 1866. No. 51 S. 802 ff. gefolgt, die bei Blutdrucksteigerung eine beträchtliche Zunahme der Schlagzahl des Herzens beobachtet haben. — Andere Autoren aber geben gerade die entgegengesetzten Beobachtungen an: J. Bernstein, Zur Innervation des Herzens, Centralblatt 1867. No. I. sah bei künstlicher durch Infusion von Blut in die Cruralarterie erzeugter Blutdrucksteigerung stets eine bedeutende Verminderung der Pulszahl, die erst nach einigen Minuten allmählig in die normale überging. Bei Entziehung von Blut (aus der Cruralarterie) stieg zugleich mit dem Sinken des Blutdrucks die Schlagzahl des Herzens an. Auch Po-

Nerven des Sympathicus vielleicht in Beziehung stehen, hat schon Cahen*) hervorgehoben und die Krankheit überhaupt den vasomotorischen Neurosen eingereiht, ohne aber erhebliche Beweise für seine Anschauung beizubringen.**)

In neuester Zeit hat nun Nothnagel***) Fälle mitgetheilt, wo bei ganz gesundem Herzen Anfälle von Angina pectoris als die Folge eines allgemeinen (öfters unter Einwirkung von Kälte hervorgerufenen) arteriellen Gefässkrampfes auftraten. Nach Initialsymptomen von abnormen Empfindungen in den Extremitäten, Taubheit, Kältegefühl u. dgl. folgte ein Gefühl von Angst und Herzklopfen, selbst ein dumpfer, in der Herzgegend entspringender und in die linke Thoraxhälfte irradiirender Schmerz. Objectiv entsprach diesen Symptomen Blässe und Temperaturabnahme der Haut, Herabsetzung der Hautsensibilität, cyanotische Färbung extremer Körpertheile; die Radialarterie war bisweilen etwas enger als normal, Herztöne rein, Herzthätigkeit rhythmisch, bisweilen verstärkt, Schlagzahl des Herzens unverändert. — Die Anfälle wurden beseitigt durch Mittel, welche den Gefässkrampf heben, Steigerung der Blutzufuhr zur Haut, namentlich Reizungen derselben und Applikation der Wärme. Nothnagel erklärt das Herzklopfen dieser Kranken als die Folgen der Widerstände, welche durch die verbreitete Gefässverengerung für das Herz gegeben sind, das Beklemmungsgefühl und den Schmerz in der Herzgegend als die Folge der überangestrengten Thätigkeit des Herzens, hat also die gleiche Anschauung wie Eichwald.

---

krowsky (Ueber das Wesen der Kohlenoxydvergiftung. Beitrag zur Physiologie der Herzinnervation. Reichert's und du Bois-Reymond's Archiv 1866, S. 59 — 115) sah bei Blutdrucksteigerung immer nur Verlangsamung der Pulsfrequenz, was jedoch die Gebr. Cyon l c. daraus erklären, dass die von P. zu den Experimenten benutzten Thiere mit Kohlenoxydgas vergiftet waren, dadurch also die Leistungsfähigkeit des Herzens herabgesetzt war. Bei häufigen Versuchen an demselben Thiere, also dadurch schon geschwächter Herzthätigkeit haben M. und E. Cyon mitunter auch auf Steigerung des Blutdruckes eine Verminderung der Pulszahl beobachtet.

*) Cahen, Des Névroses vasomotrices (Angine de poitrine) Archives générales de Méd. 1863. Vol. II p. 564—570 und 696—698. Er nennt sie „eine vasomotorische Neurose der Brustorgane."

**) Cahen erwähnt zu Gunsten seiner Ansicht von der vasomotorischen Natur der Affection unter Anderem, dass der Gebrauch des Arseniks, ebenso wie in den vasomotorischen Neurosen, auch in 4 Fällen von Angina pectoris sehr gute Dienste geleistet habe. In einem l. c. p. 696 mitgetheilten Fall ist darnach Heilung eingetreten. Auch Philipp, Berliner klinische Wochenschrift 1865. No. 4 und 5, rühmt die günstige Wirkung des Arsenik. — Wir selbst haben bei dem Eingangs dieser Arbeit erwähnten Kranken aus Warschau nach allerdings nur 10tägigem Gebrauche keinen Nutzen vom Arsenik gesehen.

***) Nothnagel, Angina pectoris vasomotoria, Deutsches Archiv für klinische Medicin, 3. Band, S. 309—322.

Uns selbst sind einzelne Formen von Herzpalpitationen vorgekommen, die wir nach dem Symptomencomplexe als vasomotorische Herzneurosen auffassen müssten, die wir aber nicht der Angina pectoris anreihen können, weil die Herzangst, das charakteristische Symptom, in dem Bilde dieser Affectionen fehlte.

Als Resumé unserer bisherigen Betrachtungen ergiebt sich, dass der Symptomencomplex der Angina pectoris durch sehr verschiedene, selbst ausserhalb des Herzens gelegene Einflüsse erzeugt werden kann; dass vermuthlich alle Herznerven mehr oder minder dabei afficirt sind, und dass die wechselnden Erscheinungen in dem Bilde der Affection bei den verschiedenen Kranken auf die stärkere oder geringere Betheiligung der verschiedenen, die Herznervengeflechte zusammensetzenden Nerven zurückgeführt werden können. Der Sympathicus ist wahrscheinlich vorwiegend betheiligt, da er den Hauptantheil an der Bildung des Herznervengeflechtes hat.

(Fortsetzung folgt im nächsten Heft.)

XXXIX.

Ueber das
Vorkommen und die Verbreitung von Körnchenzellen im Rückenmarke.

Von Dr. Wilh. Sander,
Erstem Assistenzarzte an der Irrenabtheilung der Königl. Charité in Berlin.

Seitdem durch Westphal's Arbeiten das Vorkommen bestimmter Affectionen des Rückenmarks bei der paralytischen Geistesstörung constatirt, und für die eine derselben ein Zusammenhang mit einem gewissen Symptomencomplexe während des Lebens nachgewiesen worden war, knüpfte sich ein allgemeineres Interesse an die Frage, inwiefern das Auftreten von Körnchenzellen im Marke ein der allgemeinen Paralyse eigenthümliches Vorkommniss sei, oder ob und bei welchen anderweitigen Krankheitsvorgängen es sich ausserdem finde. Eine weitere Frage war dann die, in welchen Zusammenhang mit den Symptomen während des Lebens und mit den anderweitigen Befunden nach dem Tode die Körnchenzellen im Rückenmarke zu bringen seien. Die nachfolgende Zusammenstellung von 59, auf Körnchenzellen untersuchten Rückenmarken soll nun Nichts weiter bezwecken, als einen Beitrag zur Lösung jener Aufgabe zu liefern. Weit entfernt davon anzunehmen, dass sie die Frage zu entscheiden im Stande sein wird, beabsichtige ich vielmehr nur ein Material zur Lösung derselben zu liefern, so wie einige Gesichtspunkte aufzustellen, nach welchen hin die weiteren Untersuchungen in, wie mir scheint, erspriesslicher Weise gerichtet werden können.

Die Beobachtungen, welche im Folgenden verzeichnet sind, wurden meist in der Irrenabtheilung der Charité gemacht, vierzehn in der Abtheilung für Nervenkranke, und verdanke ich die betreffenden Notizen, welche ich durch ein vorgedrucktes Sternchen kenntlich gemacht habe, der Freundlichkeit meines Collegen Herrn Dr Julius Sander. Die Notizen, welche hier gegeben sind, sind immer als Auszüge genauer, zum Theil sehr ausführlicher Krankengeschichten anzusehen, und kann ich nicht unterlassen darauf hinzuweisen, dass namentlich auch die Angaben über Motilität und Sensibilität stets nur ein Resumé vieler und oft recht detaillirter Beobachtungen und Versuche sind. So wurden z. B. an den untern Extremitäten Gehen und Stehen, mit geöffneten und geschlossenen Augen, Steigen auf einen Stuhl, Stehen auf einem Beine allein, die Bewegungen im Liegen, Widerstand gegen passive Bewegungen u. dgl. m. geprüft. Für die Prüfung der Sensibilität wurden, so weit es das psychische Verhalten noch zuliess, Berührungen und Nadelstiche angewendet, gegen letztere (bei Blödsinnigen) wenigstens noch die Reaction

durch abwehrende Bewegungen erkannt. — Die Obduktionen sind im hie igen pathologischen Institut von den jeweiligen Herren Assistenten desselben gemacht worden. Die Untersuchungen des Rückenmarks auf Körnchenzellen haben zum Theil meine Freunde und Collegen Jul. Sander und Jastrowitz, zum grösseren Theile ich selbst ausgeführt, und zwar wurde das Rückenmark meist im frischen Zustande, bei wichtigeren Fällen auch nach der Erhärtung (durch doppelt chromsaures Kali) untersucht.

1. P., 42 Jahre, Stubenmaler, aufgenommen 4. 12. 67.

Paralys. progress. Schon seit vielen Jahren Husten. Ohnmachtsanfälle schon seit längerer Zeit. Im letzten Sommer Reissen, Gedächtnissschwäche, bald grössere Agitation, Kauflust u. dgl. Bei der Aufnahme allgemeine geistige Schwäche ziemlich hohen Grades, heitere Stimmung, Euphorie, Grössenideen. Linke Pupille etwas weiter. Zunge zittert nicht. Sprache ganz frei. Bewegung der Extremitäten normal; kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Sensibilität ganz normal. Zeichen von Lungenphthise. Später abwechselnd hypochondrische Ideen (läuft beständig aufs Closet, wo er Stunden lang sitzen bleibt, der After sei zugewachsen u. a.) mit den Grössenideen. Zunehmende Abmagerung. In den motorischen Erscheinungen ändert sich Nichts. Tod am 4. 3. 68 nach ziemlich plötzlich eingetretenem Collaps.

Autopsie: Allgemeine Atrophie. Bronchiektatische Cavernen mit Peribronchitis. Alte Pleuritis. Leichte Induration der Nieren. Pachymeningitis chronic. haemorrhag. Leptomeningitis chronic. Ependym granulirt.

Rückenmark: Dura der Rückenfläche gleichmässig verdickt. Pia der Rückenfläche bei den hintern Wurzeln getrübt, namentlich Rücken- und Lendentheil mit zahlreichen Knorpelplättchen. Auch auf der Vorderfläche im Lendentheil sparsame Knorpelplättchen. Im Rückenmark wurden keine Körnchenzellen gefunden.

2. P., 40 Jahre, Schlosser, aufgenommen 3. 2. 68.

Delir. potator. Pneumonie links. Keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörung, ausser starkem tremor. Tod am 12. 2. 68.

Autopsie: Pachymening. haemorrhagic. Pneumon. chronic. sinistr. Peribronchit. Cavernen. Subacute Schwellung der Milz; schwache Fettleber.

Rückenmark: Häute blass und zart; keine Körnchenzellen.

3. * Fr. Sch., 56 Jahre, Schuhmacherfrau, aufgenommen 24. 5. 67.

Hysterie. Lähmung und Catalepsie. Krämpfe vom 22. Jahre ab. Tod durch Pyämie am 15. 12. 67.

Autopsie: Pachymeningitis fibrinosa. Im Rückenmark Nichts.

4. Fr. Schm., 53 Jahre, Arbeitsfrau, aufgenommen 11. 7. 68.

Chorea. Mässiger Grad geistiger Schwäche. Eigensinniges, reizbares, ärgerliches Benehmen; störend durch lautes kindisches Schreien. Beständige choreaartige Zuckungen der Hände und des Kopfes. Häufige Zuckungen im Gesichte und auch an der Zunge, namentlich beim Sprechen. Sprache kaum verständlich, lallend. Zunge kann nicht vorgestreckt werden. Schlucken erschwert. Schmeckbewegungen. Beim Gehen schleppen die Füsse am Boden; kleine Schritte. Verunreinigt sich. Erysipel. Tod am 19. 8. 68.

Autopsie: Hyperostose des Schädeldachs. Pachymening. haemorrhag. mit Hämatom der dur. mat. Lungenödem. Atrophie der Nieren.

Rückenmark: Dura und pia im Dorsaltheil durch einige sparsame Fäden verbunden. Im Marke keine Körnchenzellen (Jul. Sander).

5. D., 29 Jahre, Kaufmann, aufgenommen 31. 12. 67.

Epilepsia. Von Jugend auf epileptisch; von jeher verkehrtes, unsolides Leben; Alkoholgenuss. Gehäufte epileptische Anfälle vom 27. 12. ab; darnach Verwirrtheit und Tobsucht. Bei der Aufnahme benommen und abwesend, im Ganzen geistig schwach. Symptome der Pneumonie erst rechts, später auch links. Keine Lähmungserscheinungen. Tod am 15. 1. 68.

Autopsie: Hämorrhag. Pachymeningitis. Oedem und Trübung der pia; partielle Verwachsungen der Hirnventrikel. Multiple Exostosen der hintern Schädelgrube. Käsige Pneumonie und Miliartuberkulose der Lungen und Pleura; tuberkulöse Darmgeschwüre. Glatte Lebercirrhose.

Rückenmark: Die pia der Rückfläche im obern Rücken- und Halstheil diffus getrübt und stark ödematös. Keine Körnchenzellen.

6. L., 36 Jahr, Arbeitsmann, aufgenommen 17. 11. 67.

Alcoholism. chronic. (?). Keine Anamnese. Stumpfsinniges Verhalten; zeitweilig etwas aufgeregt. Hängen nach vorn beim Stehen; Gang schleppend; kein Schwanken bei geschlossenen Augen; schwaches Zittern der Zunge; Sprache etwas schwerfällig, aber nicht anstossend; Sensibilität so weit zu erkennen normal. Tod im epileptischen Anfall am 4. 12. 67.

Autopsie: Verdickung der dura mater cerebr. et spinal. Pia cerebr. ödematös und leicht getrübt. Hanfkorngrosse knorpliche Plättchen der pia spinal. Blässe des Gehirns. Lungenemphysem mit partiellem Oedem. Leichte glatte Atrophie der Nieren

Im Rückenmark keine Körnchenzellen.

7. N., 47 Jahre, Maschinist, aufgenommen 16. 11. 68.

Delir. potator. Unruhe, Hast, Delirien, Sinnestäuschungen etc. Tremor artuum et linguae. Kyphosis. Pneumonia. Erysipelas. Tod am 26. 11.

Autopsie: Verdickung der dura. Trübung und Oedem der pia. Pleuropneumonia dupl. Chronischer Magenkatarrh.

Rückenmark und seine Häute normal. Mikroskop. keine Körnchenzellen.

8. A., 45 Jahre, Kutscher, aufgenommen 22. 6. 67.

Alcoholismus chronicus. Selten epileptiforme Anfälle. Blödsinniges, stumpfes und abwesendes Verhalten. Nächtliche Unruhe. Häufige Sinnestäuschungen; Greifen in die Luft, öfteres Schreien. Bewegungen langsam, der Gang etwas steif; Zittern und Zucken der Extremitäten. Zittern der Zunge. Kopfschmerz besonders in der linken Schläfe. Linke Pupille zeitweilig weiter. Während der Beobachtung sehr wechselndes Verhalten des Ganges: bald gar nicht auffällig, bald nur mit kleinen Schritten und schleppend, bald taumelnd, bald den Rumpf nach vorne gebeugt schnell vorschiessend, bald mit stark nach hinten gebeugtem Rumpfe; fällt zuweilen früh beim Aufstehen um. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Allmälige Verschlimmerung des Zustandes. Plötzlicher Tod am 5. 8.

Autopsie: Chronische Arachnitis cerebralis. Asymmetrie des Schädels mit Hyperostose des rechten Scheitelbeins und partielles Verstreichen der Sagittalnaht. Verwachsung beider Schenkel des fornix mit den darunter liegenden Theilen des plex. choroid. Granularatrophie der linken Niere und compensator. Hypertrophie der rechten.

Rückenmark normal; die pia über dem Lendentheil, besonders auf der Rückenfläche leicht getrübt. Keine Körnchenzellen im Rückenmark.

9. L., 30 Jahre, Stellmacher, aufgenommen 17. 10. 67.

Delir. potator. Doppelseitige Pneumonie Plötzlicher Tod am 19. 10. 67.

Autopsie: Pneumon. dupl. Partielle Verfettung der Leber. Chron. Gastritis. Arachnitis chronic. cerebral. Knorpelplättchen der pia spinal.

Rückenmark: frei von Körnchenzellen.

10. Kr., 51 Jahr, Fabrikarbeiter, aufgenommen 14. 11. 67.

Delirium potatorum, mit zeitweiligen Remissionen bis zum Tode anhaltend. Bronchokatarrh. Rippenfractur durch einen Sturz (vor der Aufnahme). Unsicherer, breitbeiniger Gang; sonst Motilität und Sensibilität normal. Collaps. Tod am 17. 12. 67.

Autopsie: Chronische Leptomeningitis mit Oedem; Impression des linken Scheitelbeins. Fractur dreier process. spinos. der Halswirbel und der zweiten Rippe rechts. Chronische Pleuritis; Oedem der Lungen und Peribronchitis; chronischer Milztumor; Hyperplasie der linken Niere mit Induration.

Rückenmark und seine Häute normal; durchaus frei von Körnchenzellen.

11. *K., 43 Jahre, Arbeiter, aufgenommen 29 2. 68.

Mässiger Grad geistiger Schwäche. Tod am 12. 3. 68.

Autopsie: Chronische Arachnitis. Subacute Pericarditis. Endocardit. chron. Pneumon. dupl.

Im Rückenmark Nichts. Die Pia der Rückenfläche zeigt strangförmige Verdickungen.

12. K., 29. Jahre, Seidenwirker, aufgenommen 28. 12. 67.

Meningitis tubercul. Hämoptoë vor längerer Zeit. Kopfschmerz seit 1/4 Jahr, zuletzt stärker. Schwindel. Am 25. 12. Diplopie. Seit 27. 12. benommen und abwesend. Bei der Aufnahme zunächst Somnolenz; enge Pupillen. Sonst keine Motilitäts- oder Sensibilitätsstörung. *Frequente Respiration. In den Lungen eine bestimmte Erkrankung nicht nachweisbar. Perkussionsschall beiderseits vorn oben leer bei vesiculärem Athemgeräusch. Geringe Pulsfrequenz bei ziemlich hoher Temperatur. Am 31. 12. linke Pupille und Lidspalte weiter. Leichte Kaubewegungen. Subsult. Tendin. Puls klein, von wechselnder Frequenz. Am 1. 1. Kopf nach hinten gezogen. Ohne besondere hervortretende Lähmungserscheinungen zunehmender Sopor. Tod am 1. 1. 68.

Autopsie: Meningit. tubercul. basilar. Hydrocephal. intern. Miliartuberkulose der Lungen, der Nieren, Prostata. Kleine käsige Knoten in den Lungenspitzen. Frische catarrhalische Hepatisation im rechten Unterlappen.

Rückenmark: Die pia stark getrübt und ödematös, aber keine Tuberkel wahrnehmbar. Keine Körnchenzellen.

13. S., 32 Jahr, Tapezier, aufgenommen 14. 1. 68.

Phthisis pulmon. Meningitis tuberculos. Fieber. Infiltration

beider Lungenspitzen. Delirien und Unruhe. Rechte Pupille weiter. Später Kaubewegungen. Sonst keine Störung der Motilität oder Sensibilität. Collaps. Vor dem Tode am 31. 1. Somnolenz, enge Pupillen, Kopf nach hinten gezogen, Mund nach rechts verzogen.

Autopsie: Meningit. cerebrospinal. tubercul. Doppelseitige chronische Pleuritis mit schiefriger Induration der Lungenspitzen. Bronchiektasien. Peribronchitische Knoten. Frische Pneumonie rechts. Ulceration in Kehlkopf und Trachea.

Rückenmark enthält keine Körnchenzellen.

14. * Fr. K., 65 Jahre, Arbeiterfrau, aufgenommen 13. 6. 68.

Rechtsseitige Hemiplegie. Tod am 18. 6. 68.

Autopsie: Apoplexia sanguinea im linken Stammlappen. Endocardit. chron. mitr. et aort. Induration der Lungen.

Im Rückenmarke Nichts.

15. * H., Frau, 62 Jahre.

War nur ein paar Tage auf der Abtheilung.

Autopsie: Apoplekt. Cyste im rechten corp. striat. Hydrops univers. Endocardit. mitral. chronic.

Im Rückenmarke Nichts. Pia mit Knorpelblättchen.

16. N. 69 Jahre, Gärtner, aufgenommen 27. 7. 1867.

Epileptische Anfälle (aber selten), vor 4 Jahren. Am 25. 7. 67 ein neuer Anfall, nach welchem ein Zustand von Verwirrtheit und Delirien eintreten. Am 30. 7. ein Anfall mit Convulsionen der rechten Extremitäten, wonach leichte Parese derselben zurückbleibt. Delirien halten an. Rechte Pupille weiter. Am 2. 8. Tod im Anfall.

Autopsie: Knorpelplättchen der pia spinalis. Mehrere kleine cystische Erweichungsheerde im Hirn. Alte doppelseitige adhäsive Pleuritis. Exostosis plana ossis frontis externa. Bronchitis chronica. Glatte Atrophie der Nieren.

Das Rückenmark enthält keine Körnchenzellen.

17. Frau K., 62 Jahre, Kaufmannsfrau, aufgenommen am 6. 12. 67.

Dieser Fall ist bereits in extenso mitgetheilt von Herrn Dr. Jastrowitz (dieses Archiv H. 2 p. 478): Acuter psychischer Symptomencomplex (Verwirrtheit). Multiple Erweichungsheerde, vorwiegend in der Gehirnrinde. Eigenthümliche Veränderungen an Ganglien und Glia der anstossenden Partieen.

Rückenmark frei von Körnchenzellen (Jul. Sander).

18. B. geb. G., 52 Jahre, Predigerwittwe, aufgen. 25. 12. 67.

Verwirrtheit mit Aufregung. Schwerhörigkeit seit vielen Jahren. Seit einem Vierteljahr grössere Reizbarkeit, zwecklose Geschäftigkeit; allmählige Steigerung der Unruhe und Verwirrtheit. Bei der Aufnahme tobsüchtiges Verhalten: lautes Schreien, Herumspringen, Umherwerfen von Betten etc. Incohärenz. Viele Sinnestäuschungen. Die Aufregung hält mit einzelnen Unterbrechungen an, steigert sich noch bis zwei Tage vor dem Tode. Vom 13. 2. 68 ab fieberhaft (Endocarditis); soporöser Zustand; Collaps. Tod am 16. 2. 68.

Autopsie: Endocarditis mitralis ulcerosa recens. Multiple Embolieen des Hirns und Rückenmarks, der Milz, Nieren und Leber. Grosses Blutextravasat

in der rechten Hemisphäre. Magengeschwür (vielleicht auch embolischer Natur). Myomata uteri.

Im Rückenmark keine Körnchenzellen.

19. G., 55 Jahre, Seidenwirker, aufgenommen 27. 1. 68.

Schädelfractur durch Fall. Convulsionen, Sopor, rechtsseitige Lähmung. Tod am 29. 1. 68.

Autopsie: Mehrfache Hautsugillationen. Fissur. occipit. basilar. cranii; ruptura durae matris; haemorrhag. extra- et intrameningeal. Zertrümmerung der linken Hemisphäre in grosser Ausdehnung hinten; zwei kleinere hämorrhagisch-encephalitische Heerde in der rechten Hemisphäre. Pneumon. dupl. catarrh.

Rückenmark: frei von Körnchenzellen.

20. Schr., 28 Jahre, Tischler, aufgenommen 23. 7. 68.

Gehirnkrankheit in Folge von Sturz auf den Kopf (etwa 6 Wochen vor der Aufnahme). Die Symptome waren hauptsächlich: Aphasie', rechtsseitige Parese, Convulsionen, wechselnder Grad von Benommenheit. Rechte Pupille weiter. Tod am 1. 8. 68.

Autopsie: Gliom im linken corp. striat. und thalam. optic. Encephalitischer Heerd der linken Hemisphäre. Verschmälerung und Sclerose der vordersten Theile der 2. und 3. linken Hirnwindung. Hydrocephal. intern. Craniotabes ossis. petros. Lungenödem. Lobuläre Pneumonie.

Rückenmark: keine Körnchenzellen.

21. *E., 64 Jahre, Arbeiter, aufgenommen 28. 3. 68.

Hemiplegie links. Tod am 6. 4. 68.

Autopsie: Gliosarcom. cystic. im rechten Scheitellappen. Osteoma falcis. Bronchit. Pneumon. catarrh. sinistr.

Im Rückenmarke Nichts. Pia am Rücken leicht getrübt.

22. *K., 24 Jahre, Schlosser, aufgenommen 2. 11. 67.*)

Doppelseitige Parese. Hochgradiger Blödsinn.

Autopsie: Gliosarcom am Boden des dritten Ventrikel. Rechtsseitige Pneumonie.

Rückenmark: keine Körnchenzellen. Auf der Rückenfläche Knorpelblättchen.

23. *Gr., 60 Jahre, Weber.

Linksseitige Hemiplegie. Convulsionen. Mässige geistige Schwäche.

Tumor cerebr. in der Gegend des rechten Unterhorn. Pleuritis adhaesiv. chronic. Bronchit. chron. Pneumon. catarrh.

Rückenmark: frei von Körnchenzellen.

24. H. (Frau), 58 Jahr, Wirthschafterin, aufgenommen 13. 8. 67.

Melancholie hohen Grades bis fast zum Stupor. Conamen suicidii. Ideen von Verfolgung, von Unwerth, von Unmöglichkeit fernerer Existenz etc. Nahrungsverweigerung. Enorme Abmagerung. Verlangsamung des Herz-

---

*) Dieser Fall ist bereits in extenso publicirt in der Dissertation des Herrn Lewkowitsch: Gliosarkom des Infundibulum u. Tuber cinereum. Berlin 1868.

schlages. Keine motorischen oder Sensibilitätsstörungen. Tod durch Marasmus am 10. 12. 67.

Autopsie: Allgemeine Atrophie, besonders des Herzens und der Leber. Feinblasiges Emphysem. Papilläre Hypertrophie der Vaginalschleimhaut. Oophoritis fibrosa.

Rückenmark: durchaus frei von Körnchenzellen.

25. Frau J. geb. Sch., 35 Jahre, aufgenommen 8. 10. 66.

Langjährige Geisteskrankheit. Blödsinn mit ängstlichen Vorstellungen. Linke Pupille doppelt so weit als die rechte. Sprache schwerfällig, stammelnd; zitternde Bewegungen der Hände; geht auch geführt sehr schlecht, schleppend. Decubitus. Am andern Tage Schüttelfrost, Collaps Tod am 11. 10. 68.

Autopsie: Decubitus. Metastatische Abscesse der linken Lunge. Infarct der Niere. Metritis und Oophoritis mit perimetrit. chronica. Gehirn ebenso wie Rückenmark und ihre Umhüllungen nicht abnorm; keine Körnchenzellen.

26. P., 48 Jahre, Schneider, aufgenommen 5. 12. 67.

Melancholia. Seit einem halben Jahre ängstliche Sinnestäuschungen. Conamen suicidii. Bei der Aufnahme deprimirte Stimmung; Angst; Verfolgungsideen; hört sich schimpfen u. dgl.; Nahrungsverweigerung etc. Schlechter Ernährungszustand, decrepides Aussehen; Symptome der Lungenphthise; klaffende Schnittwunde am Halse. Motilität und Sensibilität normal. Ohne weitere Veränderung Tod durch Pneumonie am 25. 12. 67.

Autopsie: Pleuritische Adhärenzen. Frische käsige Pneumonie beiderseits. Genuine Pneumonie des rechten Unterlappens. Braune Atrophie des Herzens. Atrophische Milz. Leichte Trübungen der Nieren. In Hirn und Rückenmark nichts Abnormes. Im letzteren keine Körnchenzellen. (Jastrowitz.)

27. S., 40 Jahre, Arbeiter, aufgenommen 27. 4. 68.

Paralys. progress. Wegen Diebstahl in Untersuchung; ohne Anamnese. Blödsinniges, ganz indifferentes Verhalten; stupider Gesichtsausdruck. Verunreinigt sich. Linke Pupille etwas weiter. Zunge zittert etwas. Gang schwerfällig, plump; kein Schwanken beim Augenschluss. Sprache schwerfällig, aber ohne eigentliche Articulationsstörung. Am 29. 5. Anfall von Benommenheit. Diarrhoe. Tod am 1. 6. 68.

Autopsie: Leichte Trübung und Verdickung der pia cerebr. Alte pleuritische Synechien. Synechia pericardii. Braune Induration der Lungenspitze.

Rückenmark: Pia zart und durchscheinend. Die Seitenstränge enthalten Körnchenzellen, aber in nicht bedeutender Zahl; viele Gefässe haben mit Körnchenhaufen besetzte Wandungen. Vorder- und Hinterstränge ohne Körnchenzellen.

28. A., 50 Jahre, Ober-Telegraphist, aufgenommen 16. 2. 66.*)

Paralys. progress. Seit 6 Jahren reissende Schmerzen in den Beinen. Seit einem Jahre unsicherer Gang. Kurz vor der Aufnahme ziemlich plötzlich Zustand von Aufregung mit Grössendelirien. Bei der Aufnahme noch

*) Dieser Fall ist bereits anderweitig benutzt von Herrn Dr. Leber (Graefe's Archiv XIV. p. 177.)

sehr erregt; characteristischer Grössenwahn; incohärentes Schwatzen; bedeutende Unruhe. Beide Pupillen stecknadelkopfgross; kein tremor der Zunge; Sprache nicht anstossend; linke Schulter tieferstehend; Gang normal; kein Schwanken bei geschlossenen Augen; Sensibilität normal. Es tritt bald Beruhigung ein und verbleibt Patient nun lange Zeit in ruhigem, blödsinnigen Zustande, immer heiter und freundlich; fortdauernde Grössenideen; telegraphirt; viele Gehörstäuschungen; Neigung, seinen Körper und verschiedene Gegenstände mit den Händen zu reiben; einzelne hypochondrische Vorstellungen. In motorischer Beziehung bis auf die Enge der Pupillen constant normales Verhalten. Anfang 67 Zunahme der psychischen Schwäche, unruhige Nächte, beständiges Schwatzen. Weisse Atrophie der Papillen constatirt. Im Laufe des Mai ruhiger; Schüttelfrost und Fieber, Pleuropneumonie. Auch jetzt nur die Enge der Pupillen, sonst keine motorische oder Sensibilitätsstörung wahrnehmbar. Schwache Andeutung von Kaubewegungen. Tod am 31. 5. 67.

Autopsie: Pachy- und Leptomeningit. chron. mit Adhärenz der pia. Kleine Depression des rechten os pariet. Braunes, hypertrophisches Herz; etwas indurirte Nieren; frische rechtsseitige Pleuro-Pneumonie.

Rückenmark wie seine Häute erscheinen makroskopisch normal; mikroskopisch finden sich Körnchenzellen in den Seitensträngen, und zwar beiderseits in den Partieen neben dem Hinterhorn. Sie sind am zahlreichsten im unteren Hals- und oberen Rückentheil, doch auch im Lendentheil sicher vorhanden; im oberen Halstheil weniger Körnchenzellen.

29. D., 47 Jahre, Mashinenarbeiter, rec. 20. 12. 66.

Paralysis progressiva. Seit 16 Jahren schon reissende Schmerzen, besonders in den Beinen. Seit einem halben Jahre allmählich sich steigernde geistige, namentlich Gedächtnissschwäche; zeitweise Angstanfälle; in der letzten Zeit auffällige Verschlechterung der Sprache. Bei der Aufnahme: Stumpfes, blödsinniges Verhalten; einzelne Grössenideen; nächtliche Unruhe. Linke Pupille weiter. Zittern der Zunge; Stottern und schlechte Articulation beim Sprechen, Gang nicht auffällig, sicher; kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Während der Beobachtung zeitweilig Hängen der rechten Schulter. Sonst fortschreitender körperlicher und geistiger Verfall. Vom April ab bettlägerig; Contracturen erst in beiden Knieen, später auch in leichterem Grade in den Ellenbogen. Abmagerung. Decubitus, Geschwüre; Tod am 4. 5. 67.

Autopsie: Leptomeningitis chronic. mit Oedem. Obliteration beider Hinterhörner, sonst weite Ventrikel. Pneumonia dextr. infer. Leichte Trübung der Nieren; partielle Verfettung der Leber. Chronischer Magencatarrh.

Rückenmark und seine Häute erscheinen normal. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigen die Seitenstränge vom Lendentheile ab durch die ganze Länge des Marks eine grosse Anzahl von Körnchenzellen, die sich auch in den Pyramiden und im Fusse beider Hirnschenkel auffinden lassen; in letzterem in verhältnissmässig geringer Zahl. Die Hinter- und Vorderstränge sind davon frei.

30. K., 45 Jahre, Tischler, aufgenommen 27. 8. 67.

Paralysis progress. Schon seit drei Jahren Klagen über Wüstheit im Kopfe; im Jahre 66 ein Anfall von Benommenheit und Verlust der Sprache; seitdem Articulationsstörung, Zerstreutheit und Vergesslichkeit; unüberlegte

Handlungen im geschäftlichen Verkehr, Projecte und übermässige Ausgaben. Bei der Aufnahme hoher Grad geistiger Schwäche und blühender Grössenwahn; Pupillen eng und von träger Reaction, die rechte etwas weiter; Vibriren der Gesichtsmuskeln beim Sprechen; Zunge grade und ohne Tremor; Sprache etwas häsitirend; Motilität der Extremitäten und Sensibilität normal. Am 3. 11. Pneumonie, welche zum Tode führt am 7. 11. 67.

Autopsie: Meningitis chronica diffusa; Verdickungen des Ependyms; Knochenplättchen der pia. Pleuropneumonie der rechten Lunge; Emphysem.

Rückenmark und seine Häute bieten makroskopisch nichts Besonderes, mikroskopisch finden sich in den Seitensträngen (nur in diesen) Körnchenzellen in ziemlich reichlicher Zahl. Sie sind am zahlreichsten im Rückentheile, verlieren sich nach unten schnell und hören im Lendentheile ganz auf. Nach oben lassen sie sich durch den Halstheil in mässiger Zahl verfolgen und sind auch noch in den Pyramiden weniger zahlreich vorhanden. Im Fusse der Hirnschenkel sehr vereinzelte Körnchenzellen. In den Seitensträngen neben ihnen auch amyloide Körperchen.

31. * S., 35 Jahre, Maler, aufgenommen Juni 65.

Rechtsseitige Lähmung mit Aphasie. Epilepsie. Später noch mehrere apoplektische Anfälle. In der letzten Zeit auch Articulationsstörung. Allmählig eintretende geistige Schwäche. Tod am 25. 2. 68.

Autopsie: Mehrfache Erweichungsheerde in beiden Grosshirnhemisphären

Rückenmark: Pia im untern Dorsaltheile getrübt. Körnchenzellen in beiden Seitensträngen, die sich durch die Pyramiden bis in den Fuss der Hirnstiele beiderseits verfolgen lassen und bis ungefähr zur Lendenanschwellung hinunter reichen. Sie nehmen die vordern Theile der Seitenstränge ein, die den Vorderhörnern unmittelbar anliegen.

32. * Br., 56 Jahre, Arbeiterfrau, aufgenommen 12. 6. 68.

Rechtsseitige Hemiplegie, plötzlich entstanden im Januar 68. Hochgradiger Blödsinn. Tod am 30. 10. 68.

Autopsie: Cystische Heerde im corp. striat., Linsenkern und thalam. optic. links. Dilatation beider Seitenventrikel. Ependymit chronic. granulos. Pachymening. chronic. haemorrhag. Arachnitis chronic. fibros. Haemorrhagia extrameningealis. — Hydrothor. sinist. Endarterit. chron.

Rückenmark: Pia hinten leicht getrübt. In beiden Seitensträngen Körnchenzellen, die namentlich die Gegend der Basis der Hinterhörner erfüllen, rechts beträchtlich mehr als links. Sie reichen rechts durch die Lendenanschwellung hindurch nach unten.

33. St., Rentier, 57 Jahr, aufgenommen 9. 12. 66.

Dementia senilis. Verwirrtes, hastiges und aufgeregtes Benehmen; später zwar ruhiger, aber immer verworren, abstossend, zuweilen in einer eignen Art von Humor sich ergehend. Pupillen sehr eng, die rechte zuweilen etwas weiter. Sonst Motilität und Sensibilität normal. Ohnmachtsanfälle. Rigide Arterien. Vom April 67 ab wieder erregter, namentlich Nachts sehr unruhig; Sammeltrieb; zunehmender körperlicher Verfall; beginnende Lungenaffection. Leichtes Anstossen der Sprache; schwacher tremor der Zunge. Gegen Ende Juni Benommenheit, bedeutende Schwäche; schluckt nicht mehr, keine Lähmungserscheinungen. Tod am 6. 7. 67.

Autopsie: Leptomeningitis chronica dorsalis spinalis et cerebralis. Atrophie der Hirnwindungen. Leichter Grad von Hydrocephalus. Synostosis sagittalis. Macies permagna. Spitzenindurationen, ulceröse Zustände der Lungen, frische catarrhalische Pneumonie. Perisplenit chronic. Atrophia cordis fusca.

Im ganzen Rückenmark zeigen die Seitenstränge eine grosse Anzahl von Körnchenkugeln, während die hinteren und vorderen Stränge normal sind. Im Fusse der Hirnschenkel sehr spärliche Körnchenkugeln; an manchen Gefässen daselbst sind die Wandungen mit länglichen Haufen von Körnchen besetzt, namentlich an den Theilungsstellen.

34. *Frau K., 40 Jahre alt, aufgenommen 13. 8. 67.

Erkrankt seit etwa $3^1/_2$, bettlägerig seit 3 Jahren.

Parese aller Extremitäten. Heiterer Blödsinn. Tod am 1. 10. 68.

Autopsie: Leptomeningit. baseos cerebr. chronic. exsudativ. Graue Degeneration einzelner Nerven an der Hirnbasis. Hydrocephal. intern.

Rückenmark: Vereinzelte Körnchenzellen in beiden Seitensträngen.

35. R., 53 Jahre, Schlosser, aufgenommen 2. 4. 68.

Tuberkul. Meningitis mit der paralyt. Geistesstörung ähnlichen Symtomen verlaufend (!). Seit einem halben Jahre vergesslich und reizbar; viel Kopfschmerz und Druckgefühl im Kopfe. Seit einigen Wochen viele ängstliche Vorstellungen, Verfolgungsideen; bei der Arbeit und selbst in seiner Wohnung nicht mehr orientirt, gedächtnisschwach. Bei der Aufnahme etwas benommen, ist nicht orientirt, weiss von den Vorgängen zu Hause Nichts; schwachsinnig und indifferent; später sogar heitre Stimmung und immer Euphorie. Stösst beim Sprechen mit der Zunge an; leichtes Vibriren der Zunge und Lippen. Linke Pupille weiter. Am 15. 4. Schüttelfrost, grössere Benommenheit; Fieber; allmählig vollständiger Sopor und Tod am 16. 4.

Autopsie: Arachnit. purulent. tuberculos. cerebral. et spinal. Alte schiefrige Zustände beider Lungen. Synechia pericardii. Hypertrophie des ganzen Herzens und frische verruköse Endocardit. mitral. Granularatrophie der Nieren.

Rückenmark: Nur vereinzelt wenige Körnchenzellen in den Seitensträngen des Rückentheils.

36. *Frau Bl., 61 Jahre, Schuhmacherfrau, aufgenommen 14. 11. 67.

Apoplekt. Anfall im Jahre 60, ein zweiter 67. Doppelseitige Parese der Extremitäten, stärker links. Mässiger Blödsinn. Tod am 21. 11. 67.

Autopsie: Erweichungsheerde in beiden Stammlappen.

Rückenmark: In beiden Seitensträngen vereinzelte Körnchenzellen. An der Rückenfläche der pia einige Knorpelplättchen.

37. Fr. Sch, geb. B., 63 Jahr, Bauerfrau, aufgenommen 20. 7. 61.

Terminaler Blödsinn mit Depression; Angstzustände; Sinnestäuschungen. Nie motorische Störungen. Häufig Kopfschmerz; hin und wieder Anfälle von Schwindel und Bewusstlosigkeit. In der letzten Zeit häufig Diarrhoen und Dyspnoe. Plötzlicher Tod am 9. 11. 67.

Autopsie: Diffuse Hyperostosis calvariae cum osteomate. Alter hämorrhagischer Heerd im linken corp. striat. Mässiger Milztumor mit einem splenitischen Heerde. Granulirte atrophische Nieren.

Rückenmark: Auf der Rückenseite der pia zahlreiche, nicht über linsengrosse Knorpelplättchen, sonst nichts Besonderes. In den Seitensträngen finden sich ganz vereinzelt einige Körnchenzellen (Jul. Sander).

88. Schw., 36 Jahre, Exekutor, aufgenommen 8. 12. 66.

Tabes mit dement. paralyt.. Reissende Schmerzen, seit 1860 Schwindelanfälle. Seit mehr als einem Jahre tremor, namentlich der linken Extremitäten, in stärkerem Grade seit einem halben Jahre. In letzter Zeit zunehmende Demenz. Bei der Aufnahme mässiger Grad von Blödsinn; sehr heftig; Euphorie; später viele Sinnestäuschungen (spricht mit Hexen, telegraphirt), hypochondrische Ideen abwechselnd mit Grössenideen. Gegen das Ende der Krankheit immer höherer Grad von Blödsinn bis zur gänzlichen Stumpfheit. In den motorischen Erscheinungen anfänglich nur anhaltendes Zucken und Zittern der linken Extremitäten und linken Gesichtshälfte, das bei Bewegungen sich bedeutend steigert und dann auch die rechte Seite ergreift. Sprache stammelnd. Zunge zittert stark. Rechte Pupille bedeutend weiter. Zeitweise Anfälle von Benommenheit. Zuweilen Ueberhängen nach links. Die Sensibilität ist links etwas herabgesetzt, dagegen rufen Berührungen der Fusssohle links starke Reflexe hervor; rechts weit weniger. Das Vorwiegende der Erscheinungen auf der linken Seite, namentlich auch bei den Anfällen, hält bis an's Ende des Kranken an. Das Zucken und plötzliche Zusammenfahren hält an; es stellt sich ein deutlich tabischer Gang ein; Schwanken bei geschlossenen Augen. Kaubewegungen. Tiefer Blödsinn; zuweilen lautes Aufschreien. Kann schon längere Zeit vor dem Tode nicht stehen und gehen. Decubitus. Vor dem Tode noch beständige sehr starke Zuckungen namentlich linkerseits. Tod am 17. 10. 67.

Autopsie. Hämorrhagische Verfärbung der dur. mat. Beschränkte Verwachsung und partielle Synechie des Ependyms des linken Ventr. Nierenabscess. Bronchialcatarrh mit Splenisation der Unterlappen.

Rückenmark: Auf der Rückfläche der pia, besonders deren unterem Theil ziemlich zahlreiche, grosse Knorpelplättchen, eben solche in spärlicher Zahl im unteren Theil der vorderen Fläche. Sowohl die vorderen als hinteren Nervenwurzeln etwas dünn, aber von normaler weisser Farbe. Das Rückenmark in allen Theilen mager, von guter Consistenz, im untern Theil des Rückentheils zeigt sich eine keilförmige, graulich durchscheinende Partie in der Gegend des hinteren Einschnittes, welche nach abwärts an Breite und Intensität der Farbe continuirlich zunimmt.

Die graue Degeneration ist nach einigen Tagen (in doppelt-chroms. Kali) bis in den Halstheil makroskopisch deutlich wahrnehmbar. Die Seitenstränge zeigen mikroskopisch Körnchenzellen, am meisten im Dorsaltheil.

39. W., 34 Jahre, Cigarrenfabrikant, aufgenommen 7. 10. 68.

Paralysis progress. Seit zwei Jahren allmählig zunehmende Apathie und Vergesslichkeit; zuletzt Grössenideen. Bei der Aufnahme schon weit vorgeschrittene geistige Schwäche; Euphorie. Rechte Pupille weiter; beständige Schmeckbewegungen; Vibriren der Gesichtsmuskeln und der Zunge; Sprache schwerfällig lallend, zuletzt kaum noch verständlich; bei Bewegungen der untern Extremitäten, beim Stehen und Gehen starkes Zittern und Unsicherheit, ohne vorwiegende Betheiligung einer Seite; kein Schwanken bei

geschlossenen Augen; auch bei Bewegungen der oberen Extremitäten Zittern und Ungeschicklichkeit. Starke Reflexe bei Berührungen und Stichen der Fusssohlen, welches Verhalten nur etwa 14 Tage anhält; Nadelstiche werden überall wahrgenommen. Phlegmone des linken Fusses und Unterschenkels. Decubitus. Abmagerung. Tod am 27. 11. 68.

Autopsie: Pachymeningitis haemorrhag.; mässiger Hydrocephalus; Verdickungen und Trübungen der arachnoid. und des Ependyms. Oedem der rechten Lunge. Nephritis, pyelitis haemorrh. dupl.; leichter Gastro-Duodenal-Catarrh.

Rückenmark und seine Häute makroskopisch ohne wesentliche Veränderung; mikroskopisch zeigen sich in den Seitensträngen Körnchenzellen in reichlicher Zahl, in den Vordersträngen in bedeutend geringerer Zahl; in den Hintersträngen sind keine Körnchenzellen. Dagegen sind sie in Pyramiden und Hirnschenkeln noch verhältnissmässig zahlreich vorhanden.

40. * G., 44 Jahre, Schreiber.

Rechtsseitige Hemiplegie. Hochgradiger Blödsinn.

Autopsie: Leptomeningitis diffusa. Erweichungsheerd der linken Hemisphäre im hintern Lappen.

Rückenmark: Die ganze pia der Rückenfläche, am stärksten im untern Dorsaltheil, zeigt eine netzförmige, zum Theil sehr auffallende Verdickung. In beiden Seitensträngen reichliche Körnchenzellen, besonders vorn, weniger in den hintern Abschnitten, vereinzelt auch in beiden Vordersträngen; nach unten zu nimmt die Zahl ab; am spärlichsten finden sie sich im Lendentheile.

41 B., 50 Jahre, Reitknecht, aufgenommen 1. 6. 67.

Paralysis progress. Schon viele Jahre „reissende Schmerzen". Schlaganfall im April 65; darnach schnell vorübergehende Sprachstörung. Seit dem Sommer 66 apathisches, schläfriges Verhalten; zunehmende geistige Schwäche nach einem Fall (Januar 67); weinerliches Benehmen, hypochondrische Stimmung, Gedächtnissschwäche. Seit dem Mai beginnende Aufregung; Grössenideen; Verschlechterung der Sprache und des Ganges; zwei Anfälle von Benommenheit. Bei der Aufnahme erst etwas unruhig, später ruhig; ganz blödsinnig; heitere Stimmung; Euphorie und einzelne Grössenideen; gedächtnissschwach. Pupillen eng, nicht reagirend; Zucken der Gesichtsmuskeln; starker Tremor der Zunge; Sprache anstossend und stockend; Ungeschicklichkeit und Zittern bei Bewegungen der Extremitäten, auch beim Gehen; steht ohne Schwanken bei geschlossenen Augen. Sensibilität (gegen Berührungen und Nadelstiche) normal. Der Gang wird bald noch unsicherer, mit stark nach hinten gebeugtem Rumpfe; häufiges Fallen. Bei fortschreitendem Verfall gegen Mitte Juli Pneumonie und Dysenterie. Tod am 29. 7. 67.

Autopsie: Arachnitis adhaesiva partial. cerebralis; geringe Schiefheit des Schädels; pachymeningit. extern. adhaesiv. Hydrocephal. intern. Pneumonia dextr. infer. Diphtheritis intestin. crassi.

Rückenmark und seine Häute verhalten sich makroskopisch normal. Beide Seitenstränge enthalten Körnchenzellen in ziemlich bedeutender Menge, namentlich im Rückentheil. Dieselben finden sich auch in den Pyramiden. Auch der linke Vorderstrang enthält Körnchenzellen, aber in weit geringerer Zahl als die Seitenstränge. In den Hintersträngen keine Körnchenzellen.

42. L., 40 Jahre, Schankwirth, aufgenommen 15. 5. 68.

Paralysis progress. Allmählig sich steigernde Aufregung und gereizte Stimmung seit einem Jahre. Bei der Aufnahme sehr heruntergekommenes Aussehen; tobsüchtiges Verhalten; beständiges verwirrtes Sprechen; Grössenideen; zweckloses Hin- und Herlaufen etc. Linke Pupille weiter, beide ziemlich eng. Leichter Tremor der Zunge. Sprache rauh und heiser, zuweilen anstossend. Gang u. s. w. normal. Viel Speichel. Am 12. 6. Anfall von Benommenheit und Somnolenz, aber ohne motorische Störung bis auf leichte Bewegungen des Unterkiefers. Nachher wieder das frühere unruhige Benehmen (spricht viel von Millionen, nennt sich Lamm Gottes u. dgl.), namentlich auch des Nachts sehr laut. Starke Abmagerung und Verfall. Immer sehr langsamer Puls. Diarrhöe. Tod am 27. 7. 68.

Autopsie: Meningit. haemorrhag. bregmatic. dextr. Arachnitis chronic. Ependymitis. Hydrocephal. intern. Allgemeine Atrophie. Braune Induration des Herzens.

Rückenmark: Dura etwas dick. Es finden sich Körnchenzellen in reichlicher Zahl in beiden Seiten- und Vordersträngen, im linken Vorderstrang weniger als im rechten; ganz vereinzelte nur in den Hintersträngen.

43. Kr., 42 Jahre, Kaufmann, aufgenommen 23. 4. 68.

Paralysis progress. Schon seit mehreren Jahren allmählig steigende geistige Schwäche; Kopfschmerz; öftere Schwindelanfälle. Bei der Aufnahme schon hoher Grad von Blödsinn; hypochondrische und einzelne Grössenideen, sonst Indifferenz. Sehr enge Pupillen, die linke etwas weiter. Oefters leichtes Zucken im Gesicht, namentlich links, starkes Vibriren der Zunge, schwerfällige und anstossende Sprache. Gang schleppend, aber sicher; kein Schwanken beim Augenschluss. Im Laufe der Krankheit zunehmende Verwirrtheit und Unruhe; häufig ganz sonderbare, durch die hypochondrischen Ideen bedingte Handlungen. Ziemlich plötzlich Convulsionen, nach denen Sopor und der Tod am 20. 6. 68 erfolgte.

Autopsie: Arachnitis chronic. adhaesiv. cerebr., Arachnitis spinalis chronic. Lungenödem. Bronchit. chronic.

Rückenmark: In den Seitensträngen ziemlich zahlreiche Körnchenzellen, besonders im Rückentheil; in den Vordersträngen wenige, am meisten noch im Halstheil; in den Hintersträngen vereinzelt.

44. H., 47 Jahre, pensionirter Sekretär, aufgenommen 4. 6. 67.

Paralysis progress. Seit 3 Jahren Vergesslichkeit und Zerstreutheit; grössere Reizbarkeit; im Jahre 65 Anfall von Bewusstlosigkeit mit nachfolgender rechtsseitiger Parese und Andeutung von Aphasie. Diese Anfälle wiederholten sich 2 oder 3 Mal. Verschlechterung der Sprache. Zunehmende geistige Schwäche. Bei der Aufnahme hoher Grad von Blödsinn; Euphorie; schwacher Grössenwahn; zeitweise Andeutung von Aphasie. Verunreinigt sich. Pupillen eng, die linke etwas weiter. Tremor der Zunge und der Lippen. Sprache langsam, schwerfällig, nur selten anstossend. Bewegungen der Extremitäten frei, aber ungeschickt; kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Zuweilen Hängen nach rechts. Sensibilität, so lange sie noch zu prüfen, normal. Die motorischen Störungen steigern sich allmählig immer mehr bei fortschreitendem körperlichen und geistigen Verfall. Pneumonie. Tod am 21. 3. 68.

Autopsie: Bronchit. Bronchopneumon. catarrh. Hepatisation rechts. Chronische Endarteriitis. — Hydrocephal. chronic. Verdickung des Ependyms. Pia undurchsichtig, weisslich getrübt, stark ödematös.

Rückenmark: Dura und pia auf der hintern Fläche durch breite Adhäsionen verbunden. Pia an der hintern Fläche am obern Dorsaltheil verdickt, an einzelnen Theilen zu strangartigen Leisten verstärkt. Das Mark selbst zeigt von der Lendenanschwellung an nach unten eine graue Verfärbung in den Hintersträngen, die sich auf die mittleren Theile der Hinterstränge beschränkt, ohne die Hinterhörner und den hintern Umfang zu erreichen.

Körnchenzellen finden sich reichlich im rechten Seitenstrang, weniger im linken; in geringer Menge im linken Vorderstrang und in den Hintersträngen.

45. K., 33 Jahre, Lieutenant, aufgenommen 13. 2. 68.

Paralysis progress. Seit mehr als zwei Jahren schon Kopfschmerz und allmählig sich steigernde geistige Schwäche. Bei der Aufnahme schon weit vorgeschrittene Demenz, vorwiegend hypochondrische Vorstellungen (der Kopf wird immer dicker u. dergl.) Rechte Pupille weiter. Zunge zittert, Tremor der Facialmuskeln, namentlich links, wo sich oft auch, ohne dass gesprochen wird, ein Zucken einstellt. Sprache schleppend, zuweilen stotternd. Gang sicher, kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Häufige Nahrungsverweigerung. Schneller Verfall. Fieber. Starke Schweisse. Zittern und Zucken in den Extremitäten. Pneumonie. Tod am 23. 3. 68, nachdem er den Tag vorher noch sehr unruhig gewesen, und vielerlei Bewegungen mit den Extremitäten ausgeführt hatte.

Autopsie (nur Schädel und Rückgrat): Pachymeningit. haemorrhag. Rosige Hyperämie der pia und des Gehirns. Atrophie einzelner Gyri. Mässige Erweiterung der Ventrikel.

Rückenmark: Pia im oberen Dorsaltheil undurchsichtig, im Allgemeinen leicht verdickt; einzelne sehnenartige Stränge. Am Marke selbst sieht man im Lumbaltheil jenseits der Anschwellung in den Hintersträngen zu beiden Seiten der Längsfurche eine verwaschene schmutzig graue Färbung, die jedoch nicht bis an die Hinterhörner oder den äussern Umfang des Marks herangeht. Mikroskopisch finden sich Körnchenzellen in ziemlich reichlicher Menge im linken Seitenstrang, weit weniger im rechten. Im rechten Vorderstrang finden sie sich in mittlerer Zahl, und zwar wie es scheint, begrenzt im untern Hals- und obern Rückentheil, im linken Vorderstrang gar nicht. In dem Hinterstrang sehr wenige Körnchenzellen.

46. N., 36 Jahre, Postexpedient, aufgenommen 15. 8. 67.

Paralysis progress. Seit Juni 66 Schmerzen im Genick, Artikulationsstörung, im Laufe des Jahres sechs apoplektiforme Anfälle mit Sprachlosigkeit, Vergesslichkeit; kurz vor der Aufnahme Aufregungszustand mit Grössenideen. Bei der Aufnahme schon weit vorgeschrittener Blödsinn, Euphorie. Sprache stark stammelnd; Zunge zittert bedeutend; fibrilläres Zucken der Gesichtsmuskeln; linke Pupille etwas weiter; von Seiten der Extremitäten keine Lähmungserscheinungen. Häufige Anfälle von Ohnmacht. Schnelle Verschlimmerung des Zustandes, namentlich des psychischen (er telegraphirte) öftere Aufregung; Sprache immer schlechter, wird unverständlich; Zunahm,

des Tremor, woran auch die Hände theilnehmen. Hängt zeitweilig nach der rechten Seite. Verfall der Ernährung, phlegmonöse Entzündungen, Pneumonie. Sensibilität (gegen Nadelstiche) erhalten bis zum Tode am 19. 11. 67.

Autopsie: Arachnitis diffusa chronica; mässiger Hydrocephalus internus mit Verdickung des Ependyms; Atrophie des Schädels. Bronchopneumonie links; leichte Trübung der Nieren; Phlegmone der rechten oberen Extremitäten.

Rückenmark: Die pia im Rückentheil mit Ausnahme einzelner kleiner Plättchen zart; im untern Lendentheil zeigt sich die weisse Substanz im Bereich der Hinterstränge von etwas unreiner, mehr grauen Farbe. Die Vorderstränge sind in ihrer ganzen Ausdehnung ungemein reichlich von Körnchenzellen durchsetzt. Die Seitenstränge enthalten ebenfalls solche in reichlicher Menge, am reichlichsten im mittleren Dorsaltheil. Die Hinterstränge zeigen sehr vereinzelte Körnchenzellen vom zweiten Viertel des Dorsaltheils etwa ab; sie werden im unteren Rückentheil reichlicher, sind im Lendentheil ziemlich reichlich, verlieren sich aber im untersten Abschnitt desselben wieder.

47. Br., 34 Jahr, Lokomotivführer, aufgenommen 15. 12. 65.

Paralysis progressiv. Indifferentes Verhalten; Gedächtnissschwäche; Euphorie; Grössenideen; Sammeltrieb. Linke Pupille weiter. Tremor der Zunge. Sprache häsitirend. Ungeschickte Bewegungen; charakteristische Handschrift; Hängen nach rechts; das rechte Bein wird etwas nachgeschleppt; kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Sensibilität normal. Bei zunehmender geistiger Schwäche, im Ganzen ruhigem Verhalten und gutem Ernährungszustande dieselben Erscheinungen; hin und wieder Anfälle stärkerer Benommenheit; nach einem derselben die linken Extremitäten schwächer als die rechten, die Sensabilität der linken obern Extremität herabgesetzt. Stärkerer Verfall vom Anfang des Jahres 67 ab; tiefer apathischer Blödsinn; die motorischen Erscheinungen im Wesentlichen dieselben, aber im Allgemeinen grössere Schwäche; Zittern der Glieder. Im August 67 Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen. Pneumonie. Tod am 7. 8. 67.

Autopsie: Leptomeningit. chronic. adhaesiv. cerebr. et spinal. Hydrocephalus intern. medioer. Pleuritis dupl. fibrin. Bronchopneumon. sinistr. Perichondrit. laryngea. Myxom des Magens.

Rückenmark: Sehr grosse Zahl von Körnchenzellen sowohl in den Seiten- als in den Hintersträngen, einzelne auch in den Vordersträngen; ebenso in den Pyramiden und Hirnschenkeln.

48. A., 34 Jahre, Trödler, aufgenommen 10. 5. 68

Tabes mit Geistesstörung. Schon vor 12 Jahren einmal Anfall von Sprachlosigkeit, seitdem erschwerte Sprache. Vor 5 Jahren nach einer nachweisbaren Erkältung Anfälle von Schmerzen und Zuckungen in den Beinen ohne Bewusstlosigkeit. Seitdem häufig reissende Schmerzen in den Beinen, Zusammenzucken derselben, unsicherer Gang. Dabei wurde er geistig schwächer, beging mancherlei Verkehrtheiten. Seit 67 Kopfschmerz und Gedächtnissschwäche. Gegen Ostern 68 ein Anfall von Bewusstlosigkeit mit nachfolgender gänzlicher Verwirrtheit. Seitdem bettlägerig, Delirien, sieben Anfälle von Bewusstlosigkeit und Convulsionen; zugleich Zeichen der Lungenphthise. Bei der Aufnahme ausser dieser (Fieber) und starker Abmagerung verwirrtes, ab-

wesendes Verhalten, allgemeine geistige Schwäche, zuweilen Delirien und ängstliche Sinnestäuschungen. Rechte Pupille weiter. Tremor der Lippen und Zunge. Bewegungen der unteren Extremitäten ruckweise, unbeherrscht und nicht sehr ausgiebig. Stehen bei geschlossenen Augen nicht möglich. Geht mit gespreizten Beinen, tappend. Sensibilität gegen Berührungen und Stiche nicht vermindert Tod am 24. 5. 68.

Autopsie: Degeneratio grisea funiculor. posterior. Doppelseitige tuberkulöse und cavernöse Lungenphthise. Geringer Hydrocephalus. Partielle Adhärenz der pia an den Vorderlappen.

Rückenmark: Zwischen der durà und pia im Dorsaltheil hinten ausgedehnte bandförmige Adhäsionen. Die pia selbst verdickt an der hintern Fläche, weisslich, etwas undurchscheinend.

Die Hinterstränge enthalten reichliche Körnchenzellen; in noch grösserer Zahl finden sie sich in beiden Seitensträngen, und wenn auch nicht ganz so zahlreich in beiden Vordersträngen.

49. K., 38 Jahre, Schutzmann, aufgenommen 10. 2. 68.

Paralysis progress. Schon seit längerer Zeit hypochondrische Vorstellungen mit allmählig zunehmender geistiger Schwäche. Bei der Aufnahme schwachsinniges, zuweilen ängstliches Verhalten; hypochondrische Ideen; Nahrungsverweigerung; zuweilen eine Art cataleptischen Zustandes, stupor. Verfallenes, bleiches Aussehen Tremor artuum. Schwankt nicht bei geschlossenen Augen; auch sonst die Bewegungen der Extremitäten normal. Zunge zittert. Sprache schwerfällig. Pupillen zeitweise different. Sensibilität (gegen Nadelstiche) erhalten. Tod durch Phthisis am 16. 4. 68.

Autopsie: Leichte chronische Arachnitis cerebral. et spinal. Frische käsige Bronchopneumdnie beiderseits.

Rückenmark: In beiden Seitensträngen, im Halstheil sehr vereinzelte Körnchenzellen, im Brust- und Lendentheil reichlicher, jedoch mässig. In allen Theilen eine grosse Anzahl von corpp. amyl. Ebenso in den Hintersträngen cpp. amyl. überall sehr zahlreich, Körnchenzellen nur in mässiger Anzahl im unteren Brusttheile. Von den Vordersträngen enthält nur der rechte eine geringe Anzahl von Körnchenzellen (Jastrowitz).

50. S., 46 Jahre, Tischler, aufgenommen 13. 12. 67.

Alcoholism. chronic. Delirien, viele Sinnestäuschungen; abwesendes, etwas ängstliches und erregtes Verhalten. Epileptische Anfälle. Viel Zittern und Zucken der Extremitäten, namentlich bei Bewegungen. Gang sehr wechselnd, bald unsicher und taumelnd, bald mit nach vorn oder nach hinten gebeugtem Rumpfe, bald gut. Kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Sprache etwas schwerfällig, aber gut articulirt. Linke Pupille etwas weiter. Zunge zittert nur schwach. Kopf oft nach hinten gezogen. Sensibilität gut. Schnell eintretender Verfall; öftere Somnolenz und muscitirende Delirien; Umhergreifen auf der Decke. Tod am 6. 1. 68.

Autopsie: Pachymening. haemorrhag. Partielle Synechie der Seitenventrikel. Chronische Leptomeningitis spinalis und cerebral. Oedem und Bronchopneumonie der Lungen. Narben und Cysten beider Nieren.

Rückenmark: enthält Körnchenzellen ziemlich reichlich in den Hintersträngen, in geringer Menge in den Seitensträngen, und ganz vereinzelt in den Vordersträngen. Die Affektion ist am stärksten im mittleren Rückentheil.

51. R., 31 Jahre, Bildhauer, aufgenommen 23. 7. 68.

Paralysis progress. Schon gegen 10 Jahre lang zeitweilige Anfälle von Kopfschmerz, bei denen zuweilen Delirien eintraten. Sie wurden frequenter und heftiger. Gedächtnissschwäche seit mehr als ein Jahr; allmälig stilles, indifferentes, stumpfes Benehmen; zunehmende geistige Schwäche; seit 4 Monaten Grössenideen. Motorische Störungen nicht beobachtet. Vor 3 Wochen ein apoplektiformer Anfall. Am 20. 7. Anfall von Convulsionen, die sich nunmehr oft wiederholten und seine Aufnahme herbeiführten. Hier vom Abend bis zum 24. 7. früh etwa 40 Anfälle. In der Zwischenzeit nur leichte Somnolenz; allgemeine geistige Schwäche; rechte Pupille weiter; die rechten Extremitäten paretisch; beim Gehen schleppt das rechte Bein nach. Die Anfälle gehen coup sur coup weiter; Steigen der Temperatur, Lungenödem. Tod am 24. 7. 68.

Autopsie: Arachnit. chronic. haemorrhagic. Ependymit. chronic. Erweiterung der Ventrikel. Starke Schwellung der Zungenfollikel.

Rückenmark: Innenfläche der dura hinten vielfach in grosser Ausdehnung mit der pia verwachsen. Die pia an der Vorderfläche durchaus zart, an der hintern dagegen an den Stellen der Adhärenz breite flächenhafte Verdickungen, die sich noch zu einzelnen Strängen gestalten, die in netzförmiger Art angeordnet sind. Das Mark enthält in den Hintersträngen ungemein zahlreiche Körnchenzellen, weniger aber noch sehr reichlich in den Seitensträngen, ganz selten in den Vordersträngen.

52. Fr. S. geb. L., 47 Jahre, Porzellandreherfrau, aufgenommen 12. 11. 68.

Paralys. progress. Anamnese nicht bekannt. Im Ganzen blödsinniges Verhalten; hypochondrische Vorstellungen (sie hat seit Wochen keinen offnen Leib, kann nichts essen, das Herz steht still, sie kann nicht mehr Athem holen, der Hals ist zu u. dgl. m.), dazwischen einzelne Grössenideen (hat schöne Sachen etc.). Hoher Grad von Abmagerung und Decrepidität, der sich immer mehr steigert. Sehr rigide Arterien. Rechte Pupille constant viel weiter. Sprache schwerfällig, zuweilen anstossend. Zunge zittert etwas, später stärker. Extremitäten normal; kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Zunehmende Schwäche. Tod am 10. 12. 68.

Autopsie: Arachnitis spinal. chronic. Fibröse Adhäsionen zwischen dura und arachnoides. Hyperostos. univers. cranii. Oedema piae matr. cerebr. Hyperaemia cerebr. — Endocardit. chron. mitral. Endarteriit. chron. aortae. Atrophia splenis et hepatis.

Rückenmark: Die Hinterstränge enthalten Körnchenzellen in sehr grosser Zahl; in kleinerer Zahl, aber noch immer reichlich auch die Seitenstränge. In beiden auch viele corp. amylac. Die Vorderstränge enthalten nur ganz vereinzelte Körnchenzellen.

53. C., 32 Jahre, Kaufmann, aufgenommen 15. 2. 68.

Paralys. progress. Seit fast 2 Jahren Gedächtnissschwäche und Ueberschätzung seiner Verhältnisse. Vor 6 Monaten Anfall von Bewusstlosigkeit; seitdem Artikulationsstörung. Bei der Aufnahme hoher Grad geistiger Schwäche; blühender Grössenwahn. Pupille gleich, die linke zuweilen weiter. Vibriren der Gesichtsmuskeln. Sprache sehr häsitirend. Zunge zittert nicht. Motilität der Extremitäten normal; kein Schwanken bei Augenschluss. Sensibilität nor-

mal. Geistige Schwäche allmälig zunehmend. Am 1. 5. Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen. Pneumonie. Tod am 6. 5. 68.

Autopsie: Geringe Atrophie des Gehirns bei derber Consistenz. Oedem der pia. Hydrocephal. intern. Doppelseitige Pneumonie.

Rückenmark: Pia grösstentheils zart, nur im untern Dorsaltheil finden sich in einem 2 Zoll langen Bezirk strang- und netzförmig sich verbindende Verdickungen, dazwischen einige Knorpelplättchen. Die Seitenstränge enthalten im untern Brusttheil eine ganz schmale Zone neben den hintern Wurzeln, woselbst sich Körnchenzellen in mässiger Anzahl — rechts mehr als links — finden. Nach auf- und abwärts verlieren sie sich alsbald. In den Hintersträngen sehr vereinzelt (Jastrowitz).

54. * Frau Fr., 70 Jahre, aufgenommen 27. 11. 67.

Zungenatrophie und Lähmung. Tod am 11. 2. 68.

Autopsie: Fibroid der dura mater, das die Wurzeln der hypoglossi comprimirte. Ein Cysticercus im Gehirn.

Rückenmark: enthält in beiden Seitensträngen Körnchenzellen, die im obern Theil des Halsmarks mässig zahlreich, in der Halsanschwellung spärlicher werden, am häufigsten sich vom mittleren Dorsalmark bis in die Lendenanschwellung finden, um dann wieder seltner zu werden. Auch in den Hintersträngen finden sich solche in mässiger Zahl.

55. H., 36 Jahre, Kaufmann, aufgenommen 22. 11. 68.

Paralysis. Vor 2 Jahren „Nervenfieber" mit Delirien. Seitdem Druck in der Stirn. Schon längere Zeit hypochondrisch, an „Hämorrhoiden" leidend. Seit dem Frühjahr 1866 Symptome von geistiger Schwäche; Zerstreutheit und Gedächtnissschwäche. Seit dem Juni Depression, melancholische Vorstellungen; grössere Reizbarkeit, Rechthaberei; Aufregungen ohne äussern Grund mit eigenthümlichem exaltirtem Benehmen. Hypochondrische Ideen, anknüpfend an frühere Lues Schlaflosigkeit, zuletzt grosse Aufregung (er habe betrogen, solle bestraft werden, wollte sich erschiessen etc.). Bei der Aufnahme ängstliches, etwas stupides Verhalten; vorgeschrittene geistige Schwäche; fasst die Fragen schlecht auf; giebt nur wenig Auskunft; ist verwirrt, nicht orientirt; hypochondrische Vorstellungen (der Bauch sei ihm weggefallen, geht viel und lange zum Closet etc.). Viele unbeherrschte, zwecklose Bewegungen. Zunge deviirt etwas nach links, zittert und zuckt; linker Mundwinkel steht höher. Rechte Pupille weiter. Sprache nicht recht zu beurtheilen, da er nur leise spricht, zuweilen häsitirend. Gang erscheint normal, doch macht Pat. dabei allerlei ungeschickte Bewegungen; steht fest mit geschlossenen Augen, meint aber, der Fussboden sei nicht sicher genug, es sei ihm, als ob Leben in den Dielen sei. Am 29. 11. Fieber; agina; Erysipel; Urinverhaltung; Blasencatarrh. Tod am 10. 12. 68.

Autopsie: Leichte Trübung der pia. Ependym etwas derb — Endocardit. chronic. mitr. Endocartitis. Infarkt in beiden Lungen. Parenchymatöse Nephritis. Pyelit. et cystit haemorrhagic. Geschwüre des Magens.

Rückenmark: Zwischen dura und pia nur ganz lockere Verwachsungen. Die pia zeigt besonders deutlich an der hintern Seite diffuse Trübungen. Die Hinterstränge zeigen in der ganzen Länge des Markes eine graue Verfärbung, am stärksten in den medialen Theilen. Die Hinterstränge sind reichlich von Körnchenzellen durchsetzt, und ebenso beide Seitenstränge (Jastrowitz).

56. D., 37 Jahre, Friseur, aufgenommen 13. 10. 67.

Epilepsia (?). Von Kindheit an geistig schwach und von eigenthümlichen Benehmen; potator; epileptische Anfälle zuerst selten, in letzter Zeit häufiger. Bei der Aufnahme ruhiges, freundliches Verhalten, heitre Stimmung; zerstreutes, befangenes Benehmen; Gedächtnissschwäche, vollständige Amnesie für die jüngste Zeit. Linke Pupille etwas weiter; Zunge wenig zitternd; sonst Motilität und Sensibilität ganz normal. Nach einigen Wochen erregter, wird sehr gesprächig und störend, maniakalisch mit verwirrtem Grössendelirium; sonst nicht verändert, sieht nur mehr verfallen aus. Anfälle von Bewusstlosigkeit mit Convulsionen. Darnach Hängen der rechten Schulter. Pleuritis. Tod am 16. 12. 67.

Autopsie: Chronische Leptomeningitis. Linkes Hinterhorn verwachsen. Oberflächliche Atrophie der Scheitelbeine. Doppelseitige fibrinöse Pleuritis.

Rückenmark: Pia im Halstheil der Rückenfläche leicht getrübt und ödematös. Die Innenfläche der dura im oberen Rücken- und im Halstheil mit zahlreichen feinen Warzen bestreut. Die pia mit Ausnahme des hintern Umfangs des Halstheils überall zart. Das Rückenmark enthält in den Vordersträngen gar keine, in den Seitensträngen im Halstheil weniger, im Rückentheile etwas mehr Körnchenzellen. Am meisten und in ziemlich grosser Menge finden sie sich in den Hintersträngen. Vom untern Rückentheil an vermindert sich ihre Menge schnell, und sie hören im Lendentheil ganz auf.

57. P., 38 Jahre, Officier a. D., aufgenommen 7. 5. 65.

Paralysis progress. Von jeher auffälliges Verhalten, leichtsinnig, ohne eigentliche Beschäftigung. Allmäliger Uebergang in psychische Störung. Bei der Aufnahme leichter Erregungszustand; blühender Grössenwahn. Rechte Pupille etwas weiter (früher Iritis syphil. beiderseits); Ptosis rechterseits, leichter Tremor der Zunge; leichtes Anstossen der Sprache; Gang etc normal. Das Verhalten bleibt bei gutem Ernährungszustande lange Zeit gleichmässig, nur wird Patient geistig immer schwächer, im Ganzen ruhig, aber mürrisch, abweisend, von Zeit zu Zeit heftig wegen seines gezwungenen Aufenthalts. Zeitweilig hypochondrische Vorstellungen. Sinnestäuschungen; spricht viel vor sich hin, oft in Zwiegesprächen. Allmälig stellen sich mehr motorische Störungen ein: Sprache langsam, schleppend und wie vorsichtig; schwaches Vibriren der Gesichtsmuskeln; Zunge kommt zuckend heraus; Gang etwas schwerfällig, breitbeinig, kein Schwanken bei geschlossenen Augen. Auf Nadelstiche stets normale Reaction. Im Laufe des Jahres 1867 immer steigender Verfall in somatischer wie psychischer Beziehung; Abmagerung bei gutem Appetit; der rechte facialis schwächer als der linke; sonst wie oben. Im December 1867 phlegmonöse Entzündung des linken Fusses und Unterschenkels; Decubitus. Tod am 17. 12. 67.

Autopsie (nur Schädel und Wirbelsäule): Leptomeningit. chronic. cerebro-spinal. Pachymeningit. fibrinos. haemorrhag. Leptomening. recens purulenta cerebri. Mässiger Hydrocephalus. Verwachsung des rechten Hinterhorn.

Rückenmark: Die dura in ihrer ganzen Länge etwas dicker als gewöhnlich. Die pia der Vorderfläche zart; die pia der Rückenfläche im Lenden- und untern Rückentheil mit sparsamen, kaum linsengrossen Knorpelplättchen,

im obern Rückentheil von diffus sehnigen, bandförmigen, leistenartig prominirenden Verdickungen durchsetzt. Das Rückenmark enthält in den Vordersträngen keine Körnchenzellen, in den Seitensträngen sind dieselben in geringer Menge, namentlich etwas zahlreicher im Rückentheile, hören aber im Lendentheile auf; dagegen sind sehr viele Gefässe in den Seitensträngen an ihren Wandungen dicht mit länglichen Körnchenhaufen besetzt. Die Hinterstränge zeigen Körnchenzellen in ziemlich grosser Menge im Halstheil, recht zahlreich im oberen und mittleren Rückentheil, hören aber von da ab nach unten bald auf.

58. R. (Frau) geb. L., 35 Jahre, Postsekretärfrau, aufgenommen 21. 2. 68.

Paralysis progress. Schon längere Zeit apathisches und zerstreutes Verhalten; Gedächtnissschwäche; wenig Schlaf; einzelne Ohnmachtsanfälle. Bei der Aufnahme geistig wie körperlich sehr heruntergekommen; schlechter Ernährungszustand; Blödsinn; hypochondrische Vorstellungen (hat keine Zähne, keinen Kopf, kann nicht essen, nennt sich die „kleine Minna“ etc.), später auch einzelne Grössenideen (seidne Kleider u. dgl.). Rechte Pupille weiter; zuweilen Zähneknirschen; Tremor der Zunge; Gehen und Stehen unsicher mit Zittern, aber nicht nach Art der Tabischen. Sonst bewegt sie die Extremitäten gut. Decubitus. Fortschreitende Abmagerung trotz besserer Nahrungsaufnahme. Pneumonie. Tod am 9. 3. 68.

Autopsie: Pachymeningitis haemorrhagica intern. cerebr. Adhärenzen der pia. Hydrocephalus intern. lev. Indurat. apicum, bronchitis, bronchopneumon., cystitis; pyelit. catarrhalis.

Rückenmark: Adhäsionen zwischen dura und pia. Pia zeigt weissliche Trübungen und erhebliche Verdickungen, die besonders an einzelnen Stellen sich zu dicken sehnenartigen Strängen erheben. Das Mark selbst zeigt im Lendentheil zwei Zoll vom apex etwa an eine sehr markirte graue Verfärbung der Hinterstränge, die indess den hinteren Rand nicht erreicht, so dass ganz hinten noch ein schmaler Saum weisser Substanz erhalten ist, und ebenso findet sich noch etwas makrosk. unveränderte weisse Substanz zwischen den grau degenerirten Abschnitten und den Hinterhörnern. — Nachdem das Rückenmark einen Tag gelegen, tritt auch im Halstheile deutlich die graue Degeneration der Hinterstränge hervor, und zwar zu beiden Seiten im mittleren Drittel des Querschnitts der Hinterstränge. — Diese Stellen enthalten mikrosk. Körnchenzellen in grosser Zahl.

59. * Schm., 43 Jahre, Schneider, aufgenommen 8. 11. 66.

Erkrankt seit December 65; bettlägerig seit November 66. Amaurose, Rückwärtsgehen, tiefer Blödsinn.

Autopsie: Myxosarcoma cerebelli dextr. Hydrocephal. chron. Leptomeningit. chronic. cerebell. Knorpelplättchen der pia spinal. Miliartuberkul. der Lungen. Pyopneumothorax.

Rückenmark: Sehr spärliche Körnchenzellen im linken Vorder- und rechten Seitenstrang.

Ueberblicken wir die vorstehenden Beobachtungen, so finden sich zunächst 26 (1—26), bei denen im Rückenmark keine Körnchenzellen gefunden wurden. Unter diesen 26 Fällen charakterisirte sich nur einer (1) als paralytische

Geistesstörung; ich kann aber nicht unterlassen, schon hier darauf aufmerksam zu machen, dass in diesem Falle Lähmungserscheinungen bis auf die Pupillendifferenz nicht sichtbar waren, und das nur das Gesammtbild, das psychische Verhalten die Diagnose begründen liess. Lässt man diesen Fall vorläufig unberücksichtigt, so lassen sich bei den andern 25 die verschiedensten physiologischen und pathologischen Zustände (mit und ohne Geistesstörung) erkennen, welche ohne Entstehung von Körnchenzellen im Marke vorhanden sein können. Es ist dies wichtig in Betracht zu ziehen, da man das Vorhandensein derselben bei der Paralyse mit andern Krankheiten, welche dieselbe zufällig complicirten, vielleicht hätte in Verbindung bringen können, nunmehr aber sich eine ganze Reihe von Zuständen zeigt, welche ohne Bildung von Körnchenzellen verlaufen können. Wir haben also hier zunächst Individuen von verschiedenen Altersklassen von 24 bis 69 Jahren, darunter mehrere recht bejahrte, bei welchen die Untersuchung keine Körnchenzellen nachwies. Wir sehen an mehreren Fällen von allgemeinem Marasmus (1, 24, 25, 26) und langem, bettlägerigem Siechthum — Umstände, denen man die Veränderungen des Markes zuschreiben zu können glaubte — dass diese an und für sich dieselbe nicht bedingen können.

Aus den vorliegenden Fällen ersieht man ferner, dass gewisse Leichenbefunde am Gehirn und seinen Umhüllungen in keine directe und nothwendige Beziehung zu dem Auffinden von Körnchenzellen im Rückenmarke zu bringen sind. So findet sich siebenmal (1 — 7) einfache oder hämorrhagische Pachymeningitis, neunmal (5—11 und 13, 14) Arachnitis-verzeichnet, (Erkrankungen, welche ja auch bei den Paralytischen eine wesentliche Rolle spielen), ohne dass sich im Rückemarke jene Veränderungen zeigten. Ebensowenig war dies der Fall bei einzelnen oder mehrfachen Heerden im Gehirn (14—19) und bei den aufgefundenen Hirntumoren (20 — 23). Ferner findet sich noch im Anschluss an diese Hirnkrankheiten unter den Fällen ohne Körnchenzellen eine ganze Reihe von solchen, bei welchen während des Lebens gleichzeitig Geistesstörungen vorhanden waren: Delirien, Melancholie, Tobsucht und namentlich oft auch symptomatischer Blödsinn.

Abgesehen von den Affektionen des Gehirns bieten uns die in Rede stehenden 26 Fälle ohne Körnchenzellen noch eine ganze Anzahl der verschiedenartigsten Befunde: Lungenkrankheiten (19 mal), worunter öfters phthisis pulmon., Herzkrankheiten (viermal), Entartung der Gefässe, Affectionen des Magens und Darms (viermal), der Leber (dreimal), der Nieren (sechsmal), acute Miliartuberkulose (zweimal), Erysipel (einmal), Pyämie (zweimal), und noch viele andere pathologische Zustände, welche zum grossen Theile gar nicht aufgeführt sind. Alle diese Leiden verliefen, ohne dass bei ihnen Körnchenzellen entstanden, und wenn ich auch selbst weit entfernt davon bin, das vorliegende Material für ausreichend zu halten, um darauf weiter gehende Schlüsse zu bauen, so glaube ich doch das hervorheben zu können, dass, wenn sich dieselben pathologischen Zustände, wie meist, auch in den folgenden Fällen mit Körnchenzellen finden, ihnen kein wesentlicher Einfluss dabei zugeschrieben werden kann. —

Was nun die übrigen Fälle anlangt, bei welchen eine Affektion des Rückenmarkes gefunden wurde, so ist zunächst Fall 59 auszuschliessen; hier finden sich spärliche Körnchenzellen im Vorderstrange der einen, im Seiten-

stränge der andern Seite, und es liegt sehr nahe, dieselben als eine fortgeleitete Affection von dem cerebellaren Tumor aus anzusehen. Bei Fall 58 ist ferner zu bemerken, dass es zweifelhaft ist, ob hier die Seitenstränge Körnchenzellen enthielten; es ist aus Versehen der Befund der Seitenstränge nicht notirt. Dieser Fall kann also für die Betrachtung der Affection in den Seitensträngen nicht verwerthet werden.

Nach diesen Vorausbemerkungen lässt sich constatiren, dass sich überhaupt im Rückenmark Körnchenzellen fanden in (31 mit Fall 58 in 32) Fällen; von diesen sind 19 (resp. 20) als paralytische Geisteskranke bezeichnet. Was diese Bezeichnung anlangt, so ist sie nur in ganz unzweifelhaften Fällen angewendet worden; es sind aber noch einige Fälle vorhanden, welche derartige Symptome boten, dass man sie mehr oder weniger ungezwungen der Paralyse zurechnen muss. Ich rechne hierher zunächst Fall 33. Die einfache Betrachtung dieses als dement. senil. bezeichneten Falles lässt erkennen, dass er den Symptomen wie den Leichenbefunden nach zu denjenigen Formen der Paralyse gehört, wie man sie bei alten Leuten oder auf Grund vorzeitiger Senescenz nicht selten findet. — Merkwürdig und in mehr als einer Beziehung interessant ist Fall 35. Viele Symptome, welche er bot, liessen mir den Kranken als Paralytiker erscheinen, während er andererseits allerdings auch manches vom Verhalten der Paralytiker Abweichende zeigte; der Leichenbefund einer tuberkulösen Meningitis bei einem Symptomencomplex, welcher der paralytischen Geistesstörung wenigstens sehr ähnlich war, dürfte mancherlei Betrachtungen anregen. — Auch Fall 48 als Tabes mit Geistesstörung bezeichnet, dürfte sich leicht dem Begriff der Paralyse anreihen lassen und wäre von Andern vielleicht auch so bezeichnet worden, und ebenso verhält es sich mit dem unter 56 als Epilepsie bezeichneten Falle. — Rechnet man diese für die Betrachtung schwierigeren Fälle der paralytischen Geistesstörung noch zu, so finden sich unter 32 Rückenmarken, welche überhaupt Körnchenzellen enthielten, 24 von solchen Individuen, die während des Lebens die Symptome der progressiven Paralyse geboten haben.

Es ist hervorzuheben, dass in allen diesen Fällen (unter Beseitigung von 58) die Seitenstränge ergriffen sind, dass also constant, wo sich überhaupt eine Veränderung im Rückenmarke zeigt, auch die Seitenstränge (mehr oder weniger) Körnchenzellen enthalten. Ob dies wirklich eine durchgehende Regel ist, oder ob es an den Zufälligkeiten des gebotenen Materials liegt, will ich vorläufig noch dahin gestellt sein lassen, glaube aber, mich mehr der ersteren Ansicht zuneigen zu können. Die Seitenstränge allein sind von der Affektion ergriffen in Fall 27 bis 37, d. h. in 11 Fällen, von welchen 4 oder mit Hinzurechnung von 33 und 35, 6 als paralytisch anzusehen sind. Was die übrigen Fälle anlangt, so sind bei 31, 32 und 36 Heerderkrankungen des Gehirns vorhanden, welche eine secundäre Affection in den Seitensträngen zur Folge haben können; auch bei 37 fand sich ein alter hämorrhagischer Heerd; ob unter solchen Umständen viel Gewicht auf die „ganz vereinzelten“ Körnchenzellen zu legen ist, dürfte wohl zweifelhaft sein. Und auch der noch übrig bleibende Fall (34), „vereinzelte Körnchenzellen in beiden Seitensträngen“, dürfte sich durch die Parese aller Extremitäten wohl den vorigen anschliessen.

Neben der Affection der Seitenstränge fanden sich Körnchenzellen in den

Vordersträngen, zunächst noch ohne Betheiligung der Hinterstränge, in drei Fällen (39, 40, 41), wovon zwei paralytisch, einer eine Heerderkrankung waren. Es ist zu bemerken und erscheint nicht unwesentlich, dass die Vorderstränge nur in geringerem Grade, und einmal nur der eine, erkrankt waren. Diese verhältnissmässig geringe und oft nur einseitige oder wenigstens auf einer Seite überwiegende Betheiligung der Vorderstränge findet sich auch in fast allen andern folgenden Fällen wieder, wo die Vorderstränge (neben der nunmehr mit auftretenden Affektion der Hinterstränge) überhaupt noch Körnchenzellen enthalten. Es sind das Fall 42 bis 52, also 11 Fälle, wovon 10 als Paralysis zu bezeichnen waren. Im Ganzen waren also die Vorderstränge in 14 Fällen (12 Paralysen) erkrankt

Eine Erkrankung der Hinterstränge findet sich in 17 Fällen (42—58), wovon 13 (resp. 15 mit Fall 48 und 56) als Paralysen zu bezeichnen waren. Die Seitenstränge sind auch hier immer mit betheiligt, und zwar theils stärker als die Hinterstränge (42—46, 53 und 54: 7 Fälle, wovon 6 Paralysen), theils in etwa gleicher oder geringerer Stärke als diese (47—52, 55—57: 9 Fälle, wovon 6 oder mit Zuziehung von 48 und 56: 8 Paralysen).

Eine andere Veränderung der Hinterstränge, graue Degeneration derselben, wurde auf Grund der vorhandenen tabischen Symptome in zwei Fällen (38 und 48) während des Lebens angenommen und bei den Autopsien auch der entsprechende Befund erhoben. In beiden Fällen fanden sich neben der grauen Degeneration der Hinterstränge auch Körnchenzellen in den Seitensträngen. Dagegen zeigte sich post mortem eine mehr oder weniger deutliche graue Verfärbung der Hinterstränge in grösserem oder geringerem Umfange noch in einigen Fällen, welche während des Lebens keine darauf hinweisenden Symptome gezeigt hatten. Diese graue Färbung wurde, wo sie sich fand (44, 45, 46, 55, 58), immer im Lendentheil, nur in zwei Fällen (55, 58) auch im übrigen Rückenmarke bemerkt; in dem einen Falle (55) hätten vielleicht einzelne Aeusserungen des Kranken darauf führen können („der Fussboden sei nicht sicher genug; es sei ihm, als ob Leben in den Dielen sei"). In allen diesen Fällen mit grauer Färbung der Hinterstränge liessen sich auch Körnchenzellen in denselben auffinden, aber nicht blos in den makroskopisch grau aussehenden Partieen (in diesen sogar weniger), sondern auch in den andern Theilen des Markes; ausserdem fanden sich oft genug Körnchenzellen in grosser Anzahl in den Hintersträngen, ohne dass dieselben makroskopisch irgendwie durch ihre Färbung auffielen (50, 51, 52, 56 u. a.)

Mit einer Ausnahme (1), wovon gleich die Rede sein soll, hat sich als constantes Resultat der Rückenmarksuntersuchung von 20 resp. 24 Paralytikern ergeben, dass die Seitenstränge Körnchenzellen enthalten. Es dürfte die Frage entstehen, ob sich irgend ein Zusammenhang zwischen diesem Befunde und den Symptomen oder den übrigen anatomischen Veränderungen bei dieser Krankheit finden lässt. Wenn ich nun auch nicht im Stande bin, einen causalen Zusammenhang in dieser Beziehung nachzuweisen, so scheint mir doch eine Analogie des Grades, in welchem die Affection des Rückenmarks ausgebildet ist, mit dem Grade, in welchem die motorischen Störungen im Gesichte, das Vibriren der Gesichtsmuskeln, der Zunge und namentlich die Artikulationsstörung während des Lebens sich markiren, statt zu finden. In dieser Beziehung ist grade die erste Be-

obachtung von grossem Interesse: hier zeigte sich gar keine Störung der Sprache, kein Zittern der Zunge oder der Lippen und dies ist auch der einzige Fall, in welchem Körnchenzellen nicht gefunden wurden. In den meisten andern Fällen entspricht einem geringeren Grade der Lippen- und Zungenstörung auch ein seltneres Vorkommen der Körnchenzellen (z. B. 27, 28), einem höheren und höchsten Grade der ersteren auch eine höhere und höchste Stufe der letzteren Affektion (z. B. 29, 30, 41, 43, 47, 52, 56 und mehrere andre). — Um Missverständnissen vorzubeugen, will ich noch einmal darauf hinweisen, dass ich kein causales Verhältniss zwischen den in Rede stehenden Symptomen und Leichenbefunden annehme, sondern nur ein paralleles Verhalten derselben, wahrscheinlich dadurch bedingt, dass beide abhängig sind von dem Grade, welchen das der paralytischen Geistesstörung zu Grunde liegende Gehirnleiden erreicht hat. In sofern dürfte allerdings auch die Dauer der Krankheit, mit welcher ja die unwillkürlichen Bewegungen der Gesichtsmuskeln und der Zunge, so wie die Sprachstörung sich meist steigern, einen Einfluss auf den Grad haben, welchen die Affektion der Seitenstränge erreicht.

In Betreff der Hinterstränge dürfte es vorläufig noch nicht gelingen, bestimmte Symptome mit dem Vorkommen von Körnchenzellen in ihnen in Verbindung zu bringen. Dagegen will ich nicht unterlassen zu bemerken, dass in allen Fällen, in welchen sich Körnchenzellen in den Hintersträngen fanden, auch die pia oder dura spinalis an ihrer hinteren Fläche eine Veränderung zeigten. Dieses Verhalten ist um so mehr erwähnenswerth, als ähnlich wie die Körnchenzellen in den Vordersträngen selten und nur wenig zahlreich auftreten, so auch Veränderungen der Häute an der Vorderfläche nur sehr selten und immer in weit geringerem Grade als an der Hinterfläche zu finden sind. Dagegen ist andrerseits nicht ausser Acht zu lassen, dass in allen vorliegenden Fällen der Grad der Affektion der Hinterstränge durchaus keine Beziehung zu dem Grade der Affektion der Häute zeigt, dass sehr zahlreiche Körnchenzellen in den Hintersträngen bei geringer Trübung der pia, und umgekehrt sehr vereinzelte Körnchenzellen bei starker Arachnitis vorkommen, so wie dass es eine ganze Anzahl von Fällen giebt, in welchen sich wohl Veränderungen der Umhüllungen des Marks, aber keine Körnchenzellen in den Hintersträngen finden.

Was endlich die Vorderstränge anlangt, so dürfte der Umstand, dass sie überhaupt nur selten und wenig zahlreich Körnchenzellen enthalten, und dass grade hier die Affektion so oft nur eine Seite oder vorwiegend die eine Seite betrifft, am allerersten die Vermuthung rechtfertigen, dass es sich dabei um eine fortgeleitete Affektion des Gehirns handelt, welche nur in einzelnen Fällen von Paralyse vorhanden ist, und welche (überwiegend oder) nur eine Hemisphäre betreffen kann.

XXXX.

Casuistik.

Zur Aetiologie des Tetanus.

Von

Dr. Paul Guttmann,
in Berlin.
Privat-Docent an der Universität und Assistenzarzt an der medicinischen Universitätspoliklinik.

Die folgenden zwei Fälle von Trismus und Tetanus habe ich wegen des merkwürdigen ätiologischen Momentes einer Mittheilung für werth gehalten. So weit mir die selteneren Ursachen des Tetanus aus der bezüglichen casuistischen Literatur bekannt geworden sind, ist etwas ähnliches noch nicht beschrieben worden.

Emil Hennis, ein 14jähriger, robuster Knabe, war bis zum 6. Mai 1867 vollkommen gesund. Nach seiner Angabe hat er nirgends an seinem Körper eine Verletzung durch Schnitt oder dergleichen erlitten, was auch die objective Untersuchung bestätigte. Bei der Wichtigkeit gerade der geringfügigen Verletzungen für die Aetiologie des Tetanus und insbesondere, weil der Fall forensisch werden konnte, wurde bei der anamnestischen Erhebung der Thatsachen auf alle Einzelheiten in dem Leben und Treiben des Knaben bis zu seiner gegenwärtigen Erkrankung eingegangen.

Am 6. Mai ging der Knabe vollkommen gesund in die Schule. Zwischen 10—11 Uhr Morgens wurde er während des Schulunterrichts von seinem Lehrer in folgender unzweckmässiger Weise bestraft. Um ihn auf das Gesäss zu schlagen, griff ihn der Lehrer am Nacken und hielt ihn über eine Bank, also mit sehr stark nach vorn übergebeugtem Oberkörper, fest. Ob dieser unglückliche Griff am Nacken dem Knaben sehr schmerzhaft gewesen, oder wegen der starken Vorwärtsbeugung des Rumpfes Beklemmung verursacht hat, kurz, der Knabe machte unter einem lauten Schrei heftige Abwehrbewegungen, so dass der Lehrer von der Strafe abstand.

Gleich nach diesem Ereigniss (wenige Minuten später) will der Knabe ein Zittern im ganzen Körper gespürt haben, den Kopf nicht mehr haben gerade strecken können und „ganz steif" geworden sein.

Nach Beendigung des Schulunterrichts (um 11 Uhr) fiel dem Knaben der Gang nach Hause schwer wegen Steifheit des linken Beines, er ging langsam, vornübergebeugt. Im Nacken, namentlich aber in der unteren Brustgegend, hatte er heftige Schmerzen, sobald er den Oberkörper gerade zu richten versuchte. Die Schmerzen verloren sich von dem Augenblick des

Ereignisses an nicht mehr. Gegen Abend desselben Tages besserte sich der Gang etwas, der Patient konnte die Treppe heruntergehen; die Nacht verlief gut, der Schlaf war nicht gestört.

Am andern Morgen (7. Mai) ging er wieder in die Schule, doch fiel ihm das Gehen wegen Steifheit des linken Beines sehr schwer. Nachmittags konnte er wegen Schmerzen nicht mehr gehen, schon das Geradesitzen war ihm vor Schmerz ganz unmöglich, beim Geraderichten der Wirbelsäule trat sofort das beklemmende Gefühl in der Brust auf. Am nächsten Tage (8. Mai) wurde der Zustand noch schlimmer; die Schmerzen, sowohl im Nacken als in der Brust, waren heftiger, das Gehen noch mehr erschwert. Die Application von 5 Blutegeln in die untere Nackengegend änderte an den Erscheinungen nichts. Als der Knabe am nächsten Morgen (9. Mai) erwachte, konnte er den Mund nicht mehr öffnen und das linke Bein war noch steifer, als Tags zuvor. In diesem Zustande wurde Patient nach der chirurgischen Universitäts-Poliklinik gebracht. Hier konstatirte man: Kontraktur der Nackenmuskeln, Trismus (die Zahnreihen konnten nur wenige Linien von einander entfernt werden), Mangel jeder nachweisbaren Verletzung am Nacken und dem übrigen Körper. Als der Patient aus der Klinik wieder nach Hause gebracht worden war, trat der erste tetanische Anfall ein. Patient stürzte plötzlich zusammen, der Körper brettartig, unbeweglich. Die Anfälle wiederholten sich in der nächsten Stunde sehr häufig, so dass der Patient eine Stunde lang, nur durch kurze Pausen unterbrochen, in einer tonischen Muskelcontractur blieb. In den folgenden Tagen blieb der Zustand der gleiche; bei jedem Versuche, zu gehen, trat sofort ein tetanischer Anfall ein, der Trismus bestand fort. In diesem Zustande wurde Patient am 14. Mai in die medicinische Universitäts-Poliklinik gebracht, wo ich den nachstehenden Status präsens aufnahm: Die Haltung des Knaben ist leicht nach vorn gebückt; in dieser Haltung hat er keine Schmerzen. Das Geradestehen fällt ihm sehr schwer, er hat dann sofort Schmerzen in der unteren Thoraxhälfte. Der Kopf ist stets leicht nach der rechten Seite geneigt; wendet er ihn nach links, so hat er Schmerzen in der Gegend der Scaleni und des vorderen Randes des Cucullaris rechterseits. Das (früher glatte und freundliche) Gesicht ist schmerzhaft verzerrt. An der Stelle, wo Patient am Nacken gefasst wurde, sind Veränderungen in der Farbe der Haut, Ekchymosen oder Anschwellung nicht zu konstatiren. 2. bis 4. Halswirbel auf Druck empfindlich, die Brustwirbelsäule nicht. Die Nacken- und Halsmuskeln sind steif, fühlen sich hart an, der rechte Sternocleidomastoideus ist spontan und auf Druck schmerzhaft, der linke weniger. An der linken Stirn und Schläfengegend blutig suffundirte Stellen erzeugt durch einen Fall im tetanischen Paroxysmus; in Folge desselben Momentes Suggillationen an verschiedenen Stellen der äusseren Seite des linken Oberschenkels und M. glutaeus. Die beiden Kiefer können nur ungefähr 4 Linien von einander entfernt werden, die Masseteren sind tonisch contrahirt. Beim Gehen wird das linke Bein steif nachgezogen, dabei geht der Kranke stets vornübergebückt, ist ausserordentlich ängstlich, weil bisweilen schon nach wenigen Schritten ein mehr oder minder heftiger tetanischer Anfall eintritt. Im Sitzen sind die groben Bewegungen beider Beine gleich gut. Alle Organe sonst normal, kein Fieber, Herzthätigkeit ruhig, geistige Funktionen nicht gestört. Appetit und Schlaf nicht verändert. — Bei dem

ersten Versuche, den Kranken in der Klinik einige Schritte gehen zu lassen, trat sofort unter einem heftigen Schrei der tetanische Anfall ein; der Kranke stürzte wie eine Bildsäule regungslos zusammen. Ich besuchte den Kranken von nun ab täglich in seiner Wohnung und auch Griesinger sah ihn mit mir im späteren Verlaufe der Krankheit.

In der Schilderung dieses Verlaufes kann ich kurz sein. Die Anfälle, welche bisher meistens bei Gehversuchen eintraten, kamen jetzt auch, während Patient stets zu Bette lag, von selbst.

Täglich kamen 5—6, auch noch mehr, tetanische Paroxysmen, gewöhnlich von einer bis zwei Minuten Dauer, fast aller Körpermuskeln, daher bestand auch während des Anfalls Dyspnoe, neben stark beschleunigter Herzthätigkeit. Auch in den Intervallen waren ganze Gruppen von Muskeln fast in einer anhaltenden tonischen Kontraktur, namentlich die Bauch-, Rücken-, Nacken- und Kiefermuskeln, also anhaltender Trismus, brettartig harter Leib, opisthotonisch gekrümmte Wirbelsäule, Torticollis. Allmählig steigerte sich auch die Reflexerregbarkeit sehr bedeutend, so dass schon etwas stärkeres Auftreten von Personen im Krankenzimmer, oder das Ziehen der Glocke im Hausflur mehrmals einen Paroxysmus hervorriefen. Ebenso wurden die Paroxysmen häufig durch Bewegungen im Bette erzeugt, so dass Patient aus Angst gewöhnlich ganz regungslos lag.

Temperaturerhöhung war während der ganzen Dauer der Krankheit (bis zum 3. Juni) sehr gering, 37,5 C. bis 38 C., nur 2 Tage vor dem Tode stieg sie auf 40,2 und am Todestage auf 41 C., ohne dass eine hinzugetretene Erkrankung nachweisbar war.

Ausser dem gewöhnlichen Bilde des chronischen Tetanus sind besondere Phänomene im Verlaufe der Krankheit nicht hervorzuheben. Einige Mal traten Blutungen aus Mund und Nase, öfters reissende Schmerzen auf der ganzen linken Körperseite ein. Sensorium bis zum letzten Lebensaugenblick vollkommen frei, die vegetativen Funktionen fast ganz normal.

Die Behandlung bestand zuerst in subcutanen Injectionen von Curare, 1mal täglich $^1/_6$ Gran, später innerlich Opium, ohne sichtlichen palliativen Erfolg.

Am 3. Juni, ohne dass ein tetanischer Paroxysmus vorausgegangen war, trat fast mitten im Sprechen des Kranken der Tod ein. —

Sektion am 4. Juni Morgens $11^1/_2$ Uhr
20 Stunden post mortem (Dr. Roth).

Muskeln von normaler Farbe und Konsistenz, ebenso die Halsmuskeln, in denselben kein Extravasat. An den Halswirbeln nichts Pathologisches. Das Fettgewebe im Rückenmarkskanal sehr blutreich, gallertdick, die Dura der Rückenfläche bietet nichts Besonderes. Pia der Rückenfläche ganz zart, nach unten ihre Venen ziemlich prall gefüllt; auch an der Vorderfläche nichts Besonderes. Der Halstheil des Rückenmarks von sehr fester Konsistenz, graue und weisse Substanz markiren sich sehr scharf von einander ab; kein vermehrter Blutgehalt; das übrige Rückenmark verhält sich ganz analog.

Gehirn. Schädeldach dünn, ziemlich gross, aber symmetrisch, die Dura haftet an mehreren Stellen, vorzüglich um die Coronalnaht und um den Sinus longitudinalis beiderseits etwa in der Breite eines Zolls sehr fest am Schädeldach. Sinus longitudinalis enthält flüssiges Blut. Auf der Innenfläche des

Schädels nichts Besonderes. Auf der Pia längs des Sinus longitudinalis mässig entwickelte Pacchionische Granulationen, im übrigen ist die Pia vollkommen zart, ziemlich trocken. Die Venen im hinteren Umfang mässig gefüllt, im vorderen fast leer. — Das Gehirn sehr gross und schwer (ca. 3 Pfd.). An der Basis die Pia zart, nur in den Fossae Sylvii leichte Verdickungen. Die Gefässe der Basis bieten nichts Besonderes. Der rechte Seitenventrikel weit, fast ganz leer, ebenso der linke. Auf beiden Seiten vollkommene Obliteration der Hinterhörner; das Gehirn sehr weich, stark durchfeuchtet, mit sehr mässiger Zahl von Blutpunkten. Die graue Substanz hebt sich sehr deutlich von der weissen ab. In den grossen Hirnganglien nichts Besonderes. Auf dem Boden des 4. Ventrikels links und rechts von der Mittellinie ektatische Venen. Im Pons und der Medulla oblongata keine Veränderungen.

Thymus noch vorhanden, in der Atrophie begriffen. Im Herzbeutel etwas seröse Flüssigkeit, im linken Ventrikel ein abnormer Sehnenfaden, Muskulatur des Herzens etwas blass, leicht getrübt (cadaverös); Lungen beiderseits nicht verwachsen, kein Pleuraerguss, subpleurale, entfärbte Eckhymosen (älteren Datums).

In beiden Lungen, besonders dem unteren Lappen, starkes Oedem und Hyperämie, keine Verdichtung.

Milz normal gross, leicht gelappt, Malphigische Körperchen sehr zahlreich und deutlich. Das übrige Gewebe sehr blutreich und derb.

Beide Nieren etwas getrübt, von derber Konsistenz (leichter Papillarkatarrh), die Kapsel auf beiden Seiten etwas schwer trennbar. Sehr starke Mesenterialdrüsen, besonders die des Ileocoecalstrangs, das Gewebe leicht injicirt, weich, gelblich durchscheinend.

In unterem Ende des Ileum ganz leichte Schwellung der Follikel, die Schleimhaut sonst blass, Darminhalt ziemlich fest und gallig gefärbt. In der Harnblase etwas trüber Harn, Schleimhaut blass. Im Magen etwas schmutzige graue Flüssigkeit, Schleimhaut schon in Erweichung begriffen. Galle entleert sich leicht nach dem Duodenum. Die rechte Nebenniere ziemlich gross, Leber blutreich, Acini gross. —

Der Sectionsbefund ist also ein negativer. Das Rückenmark war makroskopisch intakt. Bemerkenswerth ist, dass in den Weichtheilen des Halses nicht die Spur einer Verletzung nachzuweisen war. Dennoch kann es keinem Zweifel unterliegen, dass der unglückliche Griff am Nacken des Knaben den Tetanus hervorgerufen hat. In evidentester Weise spricht dafür die fast augenblicklich nach dem Ereigniss eingetretene paretische Erscheinung an der einen Körperhälfte. Als Ursache des Trismus und Tetanus möchte eine Erschütterung des Rückenmarks anzunehmen sein, so wie eine Commotio cerebi ja auch nach einem Trauma ohne Verletzung der Weichtheile des Kopfes beobachtet wird.

Ich schliesse hieran den zweiten Fall, bei dem, wie ich gleich von vorn herein bemerken will, ebenfalls keine Verletzung bei der genauesten Untersuchung des Körpers nachzuweisen war.

Fall II.

Oscar Telzow, 8 Jahre alt, ein kräftiger, stets gesunder Knabe, wurde am 25. März 1868 von seinem Vater stark auf den Kopf geschlagen. Der Schlag war so heftig, dass der Knabe, nach der Aussage der Mutter, vorüber-

gehend „taumelte“, aber bald darauf wieder vollkommen bei Bewusstsein war. Am andern Morgen bemerkte die Mutter, dass er beim Sprechen den Mund verzog und die Worte nicht mehr gut herausbrachte. Am Abend vermochte er den Mund nicht mehr gehörig zu öffnen, dabei ging er aber im Zimmer herum. Am 28. März wurde das Gehen beschwerlich, „die Glieder wurden ihm steif“, die Fussgelenke schmerzten. Am 29. März bekam er zum ersten Mal im Bett tetanische Krämpfe, der Kopf wurde nach hinten geworfen, die Beine wurden ganz steif, der Körper war brettartig hart. An demselben Tage wiederholte sich der tetanische Paroxysmus 5mal, wobei der Knabe noch im Zimmer herumgehen konnte. Am 30. März trat der Anfall ebenfalls 4–5mal während des Gehens im Zimmer ein, was schon sehr mühsam war, und nur immer schrittweise „mit steifen Gliedern“ geschah. Die Anfälle waren sehr schmerzhaft, der Knabe schrie laut auf. Die Dauer des jedesmaligen Paroxysmus betrug 2—3 Minuten. Am 31. März war das Gehen nicht mehr möglich, der Knabe bekam auch im Bett die gleichen Anfälle.

Am 1. April wurde der Patient nach der Klinik gebracht, wo ich einen Anfall selbst beobachtete, nachdem der Knabe auf mein Geheiss einige Schritte zu gehen versucht hatte. Er stürzte mit einem lauten Schrei zur Erde, der ganze Körper war wie ein Brett hart und erst nach einigen Minuten liess die tetanische Kontraktion der Muskeln nach. Zu Hause bekam er am selben Tage den Anfall noch 3—4mal, ebenso oft in der Nacht. Als ich ihn am folgenden Tage besuchte, fand ich, dass der Mund nur ungefähr 4 Linien weit geöffnet werden konnte, die übrigen Körpermuskeln waren ziemlich schlaff, im Uebrigen war der Knabe ganz munter, unterschied sich in nichts von seinem früheren Wesen. Der Puls war über 90, voll, Temperatur nicht erhöht. Der Anfall trat an diesem Tage nur 2mal ein.

Ord. 3mal täglich 0,01 Gramm Opium.

Am 4. April 2 heftige Anfälle. Medication dieselbe.

Seit dieser Zeit ist kein Anfall mehr eingetreten, allmählig liess in den folgenden Tagen auch der Trismus nach und am 15. April war der Knabe vollkommen gesund.

XXXXI.

Psychiatrische Congresse und Versammlungen.

I. Versammlung des Vereins deutscher Irrenärzte in Dresden im September 1868.

In Folge der Aufforderung des Vorstandes deutscher Irrenärzte versammelte sich am 17. September d. J. eine grössere Anzahl von Fachgenossen in Dresden zu einer Vereins-Sitzung, nachdem sie bereits am Abend vorher in geselliger Zusammenkunft von Hrn. Hofrath Dr. Lessing, dem Director der Irrenanstalt Sonnenstein, willkommen geheissen waren.

Bei Beginn der Sitzung theilte zunächst der Vorsitzende, Hr. Geh.-Rath Flemming, den durch Differenzen innerhalb des Vorstandes veranlassten Austritt des Hrn. Geh. Med.-Raths Dr. Roller aus dem Verein mit; er selbst, so wie die übrigen Mitglieder des Vorstandes, Hr. Prof. Jessen und Hr. Sanitätsrath Dr. Laehr, würden zwar ihr Amt niederlegen, seien aber von ihrer ursprünglichen Absicht, sich dem Schritte Roller's anzuschliessen, zurückgekommen.

Hr. Dr. Westphal erklärte darauf im Auftrage des schwer erkrankten Hrn. Geh.-Rath Griesinger, derselbe bedaure auf das Tiefste, der Versammlung nicht beiwohnen und auch nicht einmal schriftlich sich an sie wenden zu können, da sein Zustand das Schreiben nicht mehr gestatte; er wünsche jedoch der Bitte Ausdruck zu geben, der Verein möge bei einer etwaigen Reconstruction dieselbe in so liberaler Weise vollziehen, dass alle Meinungen darin ihren Ausdruck finden könnten.

Als ersten Gegenstand der Tagesordnung legte Herr Geh.-Rath Flemming den Entwurf einer „Darlegung über die Beziehungen der Lebensversicherungs-Anstalten zu den geisteskranken Selbstmördern" zur Discussion vor. Es sei von ihm in Anschluss an die Beschlüsse der vorjährigen Versammlung zu Heppenheim*) in Betreff dieser Frage an mehrere Mitglieder die Aufforderung gerichtet worden, mit ihm darüber in Verbindung zu treten, er habe jedoch nur von Herrn Director Dick aus Klingenmünster ein Exposé erhalten und mit ihm weiter die in Rede stehenden Fragen erörtert. Es wird darauf der betreffende Entwurf, mit einigen durch die Discussion veranlassten Modificationen, einstimmig angenommen. Der Entwurf soll mit einem Ueberreichungsschreiben, das der Vortragende verliest, durch den Druck vervielfältigt, den deutschen Lebensversicherungen zugeschickt und in das Organ des Vereins aufgenommen werden. Gleichzeitig wurde beschlossen, im Falle der Ablehnung Seitens der

*) Siehe dieses Archiv I. p. 193.

Versicherungs-Gesellschaften bei den betreffenden Regierungen zu petitioniren, dass bei Ertheilung von Concessionen an Lebens-Versicherungs-Gesellschaften den gemachten Vorschlägen Rechnung getragen werde. (S. den Wortlaut des Entwurfs und des Ueberreichungsschreibens auf der folgenden Seite.) —

Auf der vorjährigen Versammlung zu Heppenheim war der Vorstand beauftragt worden, einen bestimmt formulirten Gesetzes-Entwurf über die Aufnahmebestimmungen von Geisteskranken in Irrenanstalten vorzulegen; zugleich wurden Alle sich für den betreffenden Gegenstand Interèssirenden aufgefordert, ihre Ansichten dem Vorstande mitzutheilen. Eine von Herrn Professor Jessen mit Rücksicht hierauf gemachte Vorlage, so wie ein Entwurf des Herrn Dr. Hasse (Königslutter) über die „Bedingungen für die Aufnahme Geisteskranker in die Staats-Irrenanstalt zu N." — eine Modification des Regulativs für die Anstalt zu Königslutter — bildeten den zweiten Gegenstand der Tagesordnung.*) Nach einer Discussion, in welcher keine Uebereinstimmung der Ansichten erzielt und wesentlich neue Gesichtspunkte nicht geltend gemacht wurden, stellte Herr Dr. Dick den Antrag, „es solle der Vorstand aufgefordert werden, sich mit hervorragenden Mitgliedern des Juristentages mit Rücksicht auf diese und die Frage der allgemeinen Irrengesetzgebung in Verbindung zu setzen." Der Antragsteller glaubte von einem solchen Zusammenwirken ärztlicher und juristischer Fachmänner sich günstige Resultate versprechen zu dürfen. Die Versammlung war jedoch der Ansicht, dass die betreffenden Fragen dazu noch nicht genug vorbereitet seien und lehnte den Antrag ab.

Im Anschlusse an die Discussion der Aufnahmebedingungen brachte darauf der Vorsitzende einen von der Kgl. Regierung zu Aachen ausgegangenen Erlass zur Sprache, wonach bei der Aufnahme von Geisteskranken die polizeiliche Mitwirkung zur Bedingung gemacht wurde. Auf seine an die Collegen vom Rheine gerichtete Frage über die Wirkung dieses Erlasses erwiederte Herr Geh. Rath Nasse, dass die Einmischung der Polizei nachtheilige Folgen für die Aufnahme der Geisteskranken nicht gehabt habe, ja sogar eher förderlich gewesen sei; er motivirt dies ausführlich durch die in der Rheinprovinz herrschenden Verhältnisse. Die Sache wird danach fallen gelassen.

Der dritte Gegenstand der Tagesordnung betraf die Wahl des Vorstandes. Herr Dr. Dick motivirte seinen schon zu Anfang der Sitzung vorgebrachten Antrag, auf Grund der im Vorstande ausgebrochenen Differenzen eine integrirende Neuwahl desselben vorzunehmen; der Antrag wird von Herrn Geh. Rath Nasse unterstützt und, nachdem die Versammlung auf seinen Vorschlag beschlossen, eine Abänderung der Statuten zu berathen, nimmt sie folgenden Zusatz-Paragraphen an:

> „Wenn in dem Schoosse des Vorstandes unlösbare Differenzen auftauchen, welche ein ferneres Zusammenwirken der Mitglieder desselben unmöglich machen, so hat die General-Versammlung des Vereins die Auflösung des ganzen Vorstandes zu beschliessen und eine integrirende Neuwahl desselben vorzunehmen."

Auf Grund dieses neuen Paragraphen beschloss die Versammlung, welche

---

*) Die betreffenden Vorlagen finden sich abgedruckt in der Allgem. Zeitschr. für Psychiatr. Bd. XXV., Supplementheft p. 23 und 25.

sich für das Vorhandensein unlösbarer Differenzen im Vorstande entschied, eine integrirende Neuwahl desselben. Es wurden gewählt die Herren Flemming, Jessen, Nasse, Solbrig und Herr Laehr zum ständigen Secretär.

Wir lassen das Ueberreichungsschreiben an die Versicherungs-Gesellschaften nebst der vom Vereine angenommenen Darlegung folgen:

Ueberreichungs-Schreiben.

Im Auftrage des Vereins der deutschen Irrenärzte und in Folge des einstimmigen Beschlusses seiner Versammlung zu Dresden, den 17. September 1868, beehrt sich dessen hier unterzeichneter Vorstand, Ihrer Gesellschaft die angeschlossene Darlegung in Betreff der Beziehungen geisteskranker Selbstmörder zu den Lebens-Versicherungs-Anstalten zu unterbreiten, mit der Bitte, dieselbe verdienter Erwägung zu würdigen, und in der zuversichtlihhen Hoffnung, dass Ihre Gesellschaft die hier vertretenen Grundsätze sich aneignen und binnen Jahresfrist den oben genannten Verein durch eine beistimmige Rückäusserung in den Stand setzen wird, die . . . . unter denjenigen namhaft zu machen, welche die gerechten und billigen Vorschläge des Vereins angenommen haben.

Dresden, den 17. September 1868.

Der Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte.

Darlegung
in Betreff der Beziehungen geisteskranker Selbstmörder zu den Lebens-Versicherungs-Anstalten.

Die Statuten der deutschen Lebens-Versicherungs Anstalten enthalten, so viel uns bekannt, durchgängig die Bestimmung: dass Selbstmord des Versicherers den Nachgebliebenen das Recht auf Hebung der Versicherungssumme entziehen soll. Hierbei sind diejenigen Fälle nicht ausgenommen, in welchen Versicherte in Folge und unter dem Zwange von Geistes- oder Gemüthskrankheit ihrem Leben ein Ende machen, nur dass von den meisten Lebens-Versicherungs-Anstalten in Fällen, wo das Irresein als Ursache des Selbstmordes hinreichend constatirt worden ist, die Versicherung einfach für ungültig erklärt wird und demgemäss die sämmtlichen Einlagen, entweder mit oder ohne Zinsen, zurückgezahlt werden.

Sofern dieses Verfahren Personen betrifft, welche sich in Folge von Irresein das Leben nehmen, steht dasselbe in offenbarem Widerspruche mit der Straf- und Civilgesetzgebung aller deutschen Staaten, welche Uebertretungen, Vergehen und Varbrechen, nachweislich begangen im Zustande von Geistesoder Gemüthsstörung, als nicht zurechenbar, in solchem Zustande vollzogene civilrechtliche Acte als nichtig erkennt, während die Lebens-Versicherungs-Anstalten fortfahren, den Selbstmord aus gleicher Ursache zu identificiren mit dem „Tode auf dem Schaffot“, oder wenigstens die völlig unhaltbare Voraussetzung unterstellen, „dass Geistes- oder Gemüthsstörung eines Versicherers, welche Selbstmord in ihrem Gefolge hat, allemal bereits zur Zeit der Versicherung bestanden habe und folglich ein civilrechtlich nichtiger Act sei.“

Jener Widerspruch und diese Voraussetzung sind aber nicht zu dulden, denn:

Erstens sind zufolge aller medicinischen Erfahrung und der zuverlässigsten Erhebungen der Arzneiwissenschaft Geistes- und Gemüthsstörungen körperliche Krankheiten, welche sich, wie mit vielen andern lebensgefährlichen Symptomen, auch mit dem des Triebes zum Selbstmorde verbinden können. Dieses Symptom ist seinem Wesen und seinen Wirkungen nach nicht verschieden von andern das Leben verkürzenden Krankheitserscheinungen, wie z. B. die sogenannte Nahrungs-Weigerung (Sitophobie). Die eigene Lebensberaubung in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung muss daher als die, nicht durch den eigenen Willen des Kranken, sondern nur durch äussere Gewalt zu hemmende Wirkung eines lethalen Kransheits-Symptomes angesehen werden.

Zweitens sind bei den, den Lebens-Versicherungs-Anstalten zu Grunde liegenden Sterblichkeitstabellen, auf welchen die Wahrscheinlichkeits-Berechnung der Lebensdauer beruht, alle Todesfälle durch Selbstmord und namentlich auch die durch Selbstmord in Folge von Geistes- und Gemüthsstörung mit in Rechnung gezogen, so dass also die Lebens-Versicherungs-Anstalten durch die Behandlung der letztgedachten Todesfälle als solcher, die durch zufällige Krankheiten herbeigeführt sind, in keiner Weise mehr geschädigt werden, als dies überhaupt durch die Differenz zwischen der Berechnung und und der Wirklichkeit geschehen kann.

Drittens erweiset sich die etwa herbeigezogene Voraussetzung: dass jede Geistes- und Gemüthsstörung eines Versicherers, welche Selbstmord in ihrem Gefolge hat, schon zur Zeit der Versicherung bestanden habe, aller medicinischen Erfahrung nach als unzulässig und fehlsam, da bekanntlich jeder gesundeste Mensch unter dem Einflusse zufälliger Schädlichkeiten ebenso gut, wie in Folge allmälig sich entwickelnder und wachsender Krankheitskeime in Irresein verfallen kann. Es ist daher unstatthaft, aus der nachfolgenden Geisteskrankheit und aus ihrem tödtlichen Ausgange durch Selbstmord rückwärts auf das Bestehen dieser Krankheit zur Zeit der Versicherung zu schliessen; es muss vielmehr zur Begründung einer solchen Voraussetzung das Bestehen der Geistes- oder Gemüthskrankheit zur Zeit der Versicherung für sich nachgewiesen werden, gleichwie diese Forderung in Betreff anderer das Leben verkürzenden Krankheiten, als z. B. der Lungentuberkulose, der Krebsdegeneration u. dgl., gültig ist. —

Falls etwa die Besorgniss einer Schädigung der Lebens-Versicherungs-Anstalten hergeleitet werden sollte aus dem supponirten, wenn auch noch nicht erwiesenen Wachsthum der Häufigkeit des Wahnsinns, in Folge verbreiteter Disposition zu demselben durch Vererbung, Familien-Anlage, gesteigerte Civilisation u. s. w., so wird das zuverlässige Mittel, sich dagegen zu wahren, zu finden sein in der verschärften Wachsamkeit bei Erhebung und Beurtheilung der ärztlichen Gesundheits-Certificate, — insbesondere durch die Nachforschung darüber, ob der Antragsteller bereits früher krankhaften Geistes- oder Gemüthszuständen unterworfen gewesen, oder ob unter seinen Blutsverwandten solche Krankheiten vorgekommen sind. Wie überhaupt, steht bei Bejahung solcher Fragen der Gesellschaft das Recht zu, die Versicherung abzulehnen.

Mit Fug und Recht werden jedoch die Lebens-Versicherungs-Anstalten Anspruch erheben können auf Schutz gegen betrügliche Verheimlichung der bei dem Abschlusse der Versicherung bereits vorhandenen Geistes- oder Ge-

müthsstörung des Versicherers. Sie werden geltend machen dürfen, dass solche Krankheiten mit Selbstmordtrieb occult verlaufen können und erst der Selbstmord die bereits vorhanden gewesene psychische Krankheit zur Kenntniss bringt, nachdem der Versicherer sich beim Abschlusse der Versicherung in einem Krankheitsstadium befunden hatte, welches ihm noch hinreichende Besonnenheit liess, um durch rechtzeitige Versicherung möglichen Schaden von seiner Familie abzuwenden und zur Erreichung dieses Zweckes seine Krankheit zu verbergen. — Solchen Schutz werden die Institute erlangen durch eine Bestimmung ihrer Statuten dahin lautend: dass bei einem Todesfalle durch Selbstmord in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung die Versicherungssumme nur ausgezahlt wird, wenn der Todesfall nach Ablauf eines bestimmten Zeitraums, vom Abschluss der Versicherung an gerechnet, eingetreten ist. In solcher Weise setzt die Grasham-Gesellschaft den Zeitraum eines Jahres fest, erklärt die Prämie für verfallen, wenn der Selbstmord vor Ablauf dieses Zeitraums eintritt, zahlt aber nach Ablauf desselben bei jedem Selbstmorde, gleichviel aus welcher Ursache. Dabei geht sie von der Voraussetzung aus, dass überhaupt Niemand den Selbstmord so lange prämeditire, indem sie sich nur des Schutzes begiebt, welcher in dem Gedanken an das Loos der zurückbleibenden Familie bei dem Verluste der Einlagen liegt: — ein Gedanke, welcher gewiss schon oft den freiwilligen Selbstmord verhütet hat. — Indem wir hier nicht die Absicht haben können, den Anspruch auf Auszahlung der Versicherungssumme für jeden Selbstmörder ohne Unterschied zu erheben, sondern nur die Selbstmörder in Folge von Geisteskrankheit vor dem unverdienten Nachtheile schützen wollen, mit welchem die Verweigerung der Versicherungssumme ihre Hinterbliebenen bedroht, — halten wir für diese Fälle den Zeitraum eines Jahres, als Sicherungs-Intervall, für zu gross bemessen. Dies aus folgenden Gründen: Der Selbstmordtrieb tritt in der Regel nur in acuten Fällen und in dem ersten, den Ausbruch der Krankheit begleitenden, sogenannten melancholischen Stadium des Wahnsinns auf, dessen Verlauf den Zeitraum eines halben Jahres nicht zu überdauern pflegt. Dieser Regel zufolge ist die Versicherungs-Gesellschaft durch das Intervall von 6 Monaten gegen Betrug insofern als geschützt zu betrachten, als anzunehmen steht, dass der beim Abschluss der Versicherung verheimlichte Selbstmordtrieb vor Ablauf dieses Intervalls zum Vorschein kommen und den Selbstmord perfect machen wird. Das halbjährige Intervall gewährt ihm sogar den Vortheil, auch jene Fälle von der Zahlungspflicht auszuschliessen, in welchen der Wahnsinn und in dessen Folge der Selbstmord vor Ablauf des Intervalls blitzartig eintritt, nachdem bei Beginn dieses Intervalls der Antragsteller die Versicherung in voller Gesundheit abgeschlossen hat. — Eine Beeinträchtigung drohet der Versicherungs-Gesellschaft nur von Seiten jener Ausnahme-Fälle, wo die Geistesstörung mit periodischem oder exacerbireuden Typus und mit ganz oder theilweise melancholischer Trübung verläuft und die Versicherung während eines Nachlasses der psychischen Krankheits-Erscheinungen abgeschlossen ist. Theils bietet auch hiegegen die Nachforschung über den Gesundheitszustand vor und in der Zeit der Versicherung Schutz, theils wird der Nachtheil durch den vorhin gedachten Vortheil ausgeglichen.

Demnach ergiebt sich als Folgerung: dass, nach der Abweisung der wegen anscheinender Disposition zu Geistes- oder Gemüthsstörung als verdächtig er-

kannten Versicherungsanträge alle jene Todesfälle, welche nach Ablauf eines Intervalls von 6 Monaten seit Abschluss der Versicherung durch Selbstmord in Folge von Geistes- oder Gemüthsstörung eintreten, mit Einschluss derjenigen Fälle, in welchen beim Abschluss der Versicherung die Geistesstörung verkannt und dieselbe erst nachher constatirt ist, als solche betrachtet werden müssen, die durch zufällige Krankheiten herbeigeführt sind, — sofern die Geistesstörung als Ursache des Selbstmords durch ärztliches, motivirtes Gutachten erwiesen ist, wobei die Ergebnisse der Obduction unter Umständen von erheblichem Werthe und genügender Beweiskraft sein können.

Für diesen Nachweis mag das übereinstimmende Gutachten zweier Aerzte postulirt werden. Bei Abstimmigkeit der Meinungen bleibt der gerichtliche Weg offen, jedoch lediglich Zwecks Ermittelung der beim Abschluss der Versicherung vorhanden gewesenen Geistes- oder Gemüthsstörung.

II. Psychiatrische Section der Naturfoscher-Versammlung zu Dresden.

Herr Hofrath Dr. Lessing führte am 18. Semptember die Mitglieder der Section für Psychiatrie ein, indem er gleichzeitig zu einer Excursion nach der von ihm geleiteten Irrenanstalt Sonnenstein bei Pirna einlud und einige kurze Notizen über die Anstalt vertheilte.

Sitzung vom 19. September. Vorsitzender Herr Geh. Med.-Rath Dr. Flemming. Der Vorsitzende bringt einen Antrag der Königl. Sächs. Staatsregierung zur Sprache, die psychiatrische Section wolle einige Fragen in Erwägung ziehen, die sich auf die zweckmässige Einrichtung und Förderung des psychiatrischen Unterrichts an der Universität Leipzig beziehen. Es wird eine Extrasitzung am Nachmittage dafür anberaumt. Hierauf hält

Herr Meschede (Schwetz) einen Vortrag über „Heterotopie grauer Hirnsubstanz im kleinen Gehirn"; er fand dieselbe in dem Cerebellum einer epileptischen Geisteskranken in der Marksubstanz der einen Hemisphäre. Die eingelagerte graue Substanz zeigte bei mikroskopischer Untersuchung die Elemente der Corticalsubstanz der Windungen des Kleinhirns. Die Epilepsie war im 11., ausgebildete Geistesverwirrung im 23. Lebensjahre der Kranken aufgetreten.

Herr Jensen (Allenberg) spricht über „Doppelwahrnehmungen in der gesunden, wie in der kranken Psyche". Er versteht unter Doppelwahrnehmung die bekannte, auch bei dem Gesunden vorkommende Erscheinung, dass zuweilen, meist nur vorübergehend, die Empfindung entsteht, als habe man diese oder jene Situation genau so, wie sie gegenwärtig grade vorliegt, bereits früher einmal erlebt. Die Erklärung der Erscheinung sieht er darin, dass im Grosshirn, bedingt durch momentane Incongruenz der Functionirung beider Hemisphären, Doppelwahrnehmungen zu Stande kommen, von denen die schwächere, abgeblasste mit einer reproducirten Erinnerungsvorstellung verwechselt wird. Diese Auffassung wird an mehreren Krankengeschichten erläutert, welche zugleich zeigen sollen, dass die betreffende Erscheinung ein nicht unwichtiges Symptom bei gewissen psychischen Erkrankungen darstellt, und die Kenntniss desselben dazu dienen kann, manche bis jetzt noch ziemlich unerklärten Klagen der Kranken verständlich zu machen.

Herr Köppe (Halle) demonstrirt Injectionspräparate der Rinde des Grosshirns, in denen die Gefässe in den Schichten, welche Gehirnzellen enthalten, varirös erweitert und korkzieherartig geschlängelt sind; die Kranken litten an Dementia paralytica, wahrscheinlich in Folge von Syphilis. Die Adhärenz der Pia mater an die Rindenschicht wird hierzu in Beziehung gesetzt. In zwei anderen Fällen (Mutter und Kind) zeigten ausschliesslich die Gefässe der Marksubstanz die erwähnte Beschaffenheit; die Mutter litt an Dementia paralytica, das Kind wurde todt geboren. — Der Vortragende legt zur Vergleichung Injectionspräparate von Herrn Prof. Thiersch vor. —

Ausserordentliche Sitzung zur Berathung des oben erwähnten Antrages der K. Sächs. Staatsregierung.*) Herr Dr. Güntz jun. legte einige Fragen vor, deren Beantwortung seitens der Versammlung von der Regierung gewünscht werde; diese Fragen wurden von der Versammlung modificirt und dahin formulirt:

1. Ob der Lehrstuhl für Psychiatrie mit einer anderen Klinik verbunden werden könne.
2. Ob ein Klinisches Asyl nach den Vorschlägen Griesinger's (in dessen Archiv I. 1.) einzurichten sei.

Nach einigen wenigen Bemerkungen und ohne dass eine eigentliche Discussion stattfand. beschloss die Versammlung, beide Fragen einfach zu verneinen.

Sitzung vom 21. September. Vorsitzender Herr Dr. Dick (Klingenmünster). Herr Prof. Jessen hält einen Vortrag „über die Functionen des kleinen Gehirns". Redner verlegt den Sitz des Gemüthes, der Affecte und Leidenschaften in das kleine Gehirn; er verweist dabei auf eine später zu veröffentlichende Abhandlung.

Herr Dr. O. Müller (Blankenburg) spricht „über die Einheit der Psyche vom Standpunkte der Statistik", indem er dabei die aus dem Werke von Guerry (A. M. Guerry, la statistique morale de l'Angleterre comparée avec la statistique de la France. Paris. Baillière 1864.) sich ergegebenden Resultate zu Grunde legt und bedauert, dass für Deutschland eine ähnliche Arbeit nicht existire. Aus den Resultaten der Statistik folge unzweifelhaft, dass eine absolute Willensfreiheit nicht angenommen werden könne.

Herr Dr. Hauptmann legt mikroskopische mit Carmin behandelte Präparate aus der Hirnrinde eines Paralytikers vor, welche ein exquisit schwammartiges Gewebe darstellen, wobei lakunäre Räume von rundlichen Balken begränzt werden. In Betreff der Deutung dieses Befundes glaubt Herr Dr. Westphal an stark erweiterte perivasculäre Räume (His) denken zu müssen.

Sitzung vom 22. September. Vorsitzender Herr Hofrath Professor Dr. Solbrig. Herr Geh. Med.-Rath Dr. Flemming spricht „über eine dringende Aufgabe des klinisch-psychiatrischen Unterrichts", womit die forensische Seite des letzteren gemeint ist.

Herr Dr. Voppel (Colditz) lenkt die Aufmerksamkeit der Section auf die

*) Wie es sich in diesem angeblichen Antrage der Sächs. Regierung verhielt, darüber ist der Schluss des Berichtes p. 742 zu vergleichen.

Mittel zur Erlangung eines guten Wartpersonals und wird folgender von ihm formulirter Antrag einstimmig angenommen: „die psychiatrische Section hält dafür, dass die Errichtung von Pensionskassen unter Beihilfe und Aufsicht des Staates ein werthvolles Mittel sei, geeignete Wärter dem Irrenwartdienst zu gewinnen und zu erhalten.“

Sitzung vom 23. September. Herr Sanitätrath Dr. Laehr spricht uber „einige Reformvorschläge auf dem Gebiete der Irrenpflege“ und wendet sich von den bereits früher von ihm geltend gemachten Gesichtspunkten aus gegen Griesinger's Vorschläge. Er wünscht die Zustimmung der Versammlung zu folgenden Sätzen: 1. Ist wie bisher darauf hinzuwirken, dass der Neubau einer Irrenanstalt sowohl die acuten als chronischen Formen der psychischen Krankheiten umfasst und den Character einer sogenannten gemischten Anstalt behält? 2. Ist wie bisher darauf hinzuwirken, dass neu zu erbauende Irrenanstalten ausserhalb der Städte angelegt werden? 3. Ist wie bisher darauf hinzuwirken, dass die dirigirenden Aerzte der Irrenkrankenanstalten wie bisher auch die Verantwortlichkeit übernehmen und zu diesem Zwecke auf dem Anstaltsterrain selbst wohnen? — Die Versammlung spricht ihre Zustimmung zu diesen Sätzen aus.

Herr Dr. O. Müller (Blankenburg) hält einen Vortrag „über gynäkologische Erfahrungen auf dem Gebiete der Psychoneurosen.“ Nach den Erfahrungen des Vortragenden wirkt ein örtliches Leiden des Sexualapparates theils durch Säfteverlust (z. B. Catarrh der Vagina) theils durch krankhafte Erregung des Nervensystems und kann so zu psychischen Erkrankungen disponiren; meist kommen hierbei Zustände hysterisch melancholischer Verstimmung vor.

Herr Prof. Goltz (Königsberg) wiederholt auf ein an ihn gestelltes Ersuchen der Section seinen in der Section für Anatomie und Physiologie gehaltenen Vortrag über das Verhalten von Fröschen, denen das Grosshirn entfernt worden.

Sitzung vom 24. September. Vorsitzender Herr Sanitätsrath Dr. Laehr (Schweizerhof). Im Anschluss an eine von Herrn Dr. Beck (Erlangen) zur Discussion gebrachte These vereinigt sich die Versammlung in der Ansicht, dass besondere Gebäude oder Abtheilungen für Reconvalescenten nicht erforderlich seien, ferner, dass betreffs der Fürsorge für Sieche deren Uebersiedlung in nahe Irren-Siechenanstalten, resp. Siechenabtheilungen allgemeiner Siechenhäuser das Zweckmässigste sei. Die von Herrn Dr. Fränkel (Dessau) gestellte Frage, „ob selbständige Irren-Siechenanstalten oder Abtheilungen für irre Sieche an allgemeinen Siechenhäusern vorzuziehen seien“, sei nach den localen Verhältnissen zu entscheiden.

Dies die äussere Geschichte der psychiatrischen Section der Naturforscherversammlung. Wie aber eine jede solche Versammlung hatte auch diese zugleich ihre innere Geschichte und leider eine recht traurige. Zunächst stellte es sich alsbald heraus, dass der angebliche Antrag der Königl. Sächs. Staatsregierung (s. oben p. 740 u. 741) gar nicht existirte, sondern dass die betreffenden Anträge, welche die Versammlung selbst noch modificirte, von Herrn Güntz auf die blosse mündliche Anregung eines Sächsichen Ministerial-

rathes hin — bei Gelegenheit einer abendlichen Zusammenkunft der Mitglieder der Naturforscherversammlung in einem Vergnügungslocale — formulirt waren. Trotzdem gelang es einigen energisch darauf hinweisenden Mitgliedern nicht, eine entsprechende berichtigende Erklärung seitens des betreffenden Vorsitzenden zu erhalten, so dass dieselben gleich nach der Sitzung vom 21. eine Berichtigung für das Tageblatt aufzusetzen für nöthig hielten, welche von den Herren Professor Rienecker (Würzburg), Professor Leidesdorf (Wien), Dr. Westphal (Berlin) und Dr. Mendel (Pankow) unterzeichnet wurde. Diese Berichtigung gelangte durch einen zufälligen äusseren Umstand zu spät an die Redaction des Tageblattes, so dass sie erst in der Nummer 17 desselben erscheinen konnte. Inzwischen war seitens des Büreaus der Section selbst eine „Berichtigung" in das Tageblatt eingerückt, die man den Mitgliedern, welche die Sache zur Sprache gebracht, in der Sitzung selbst zu geben versagt hatte — gewiss ein Verfahren, das als ein nicht zu rechtfertigendes bezeichnet werden muss; noch weniger zu entschuldigen aber ist es, wenn man später der darüber stattfindenden Interpellation gegenüber von einem „Formfehler" und „Lapsus calami" zu sprechen wagte.

Die Bedeutnng der ganzen Sache lag darin, dass, wie bekannt, die Sächs. Regierung in Leipzig ein klinisches Asyl nach Griesinger's Ideen zu errichten beabsichtigte und dass also die Folge der Beantwortung eines Antrages der Staatsregierung über die Frage (2) — ob ein Asyl nach Griesinger's Vorschlägen einzurichten sei — möglicherweise von ganz anderer Bedeutung sein konnte, als der privatim in dieser Beziehung geäusserte Wunsch eines Ministerialrathes, welchen mehrere wissenschaftliche Gegner Griesinger's im geselligen Abend-Verkehr von ihren Ueberzeugungen zu unterhalten Gelegenheit gehabt hatten. Die Gegner Griesinger's schienen aber eine solche Unterscheidung für ganz irrelevant zu halten, bis dann doch zum Erstaunen die „Berichtigung" erfolgte, welche man in den Sitzungen selbst nicht gegeben hatte.

Als traurig müssen wir es ferner bezeichnen, dass man mit einer gewissen Hast kaum die Zeit abwarten zu können schien, gegen die Vorschläge Griesinger's zu Felde zu ziehen, von dem Jedermann, bevor er zur Versammlung kam, wusste, dass er schwer krank, vielleicht an der Grenze seines Daseins angelangt, darnieder lag und sich zu vertheidigen unfähig war; aber man that als ob das Wohl und Wehe der Psychiatrie von dieser Discussion abhinge und von welcher Discussion! — Taktvoll war ein solches Verfahren jedenfalls nicht und in diesem Augenblicke selbst durch den reinsten Eifer für die vermeintliche gute Sache nicht zu entschuldigen.

Jeder Unbefangene, der die Sachlage kannte, musste nothwendig den Eindruck davon tragen, dass es sich hier um Personen und nicht um Sachen gehandelt habe, und dies konnte wahrlich der Sache, welcher gedient werden sollte, nicht zum Vortheil gereichen. Wenn von andrer Seite die allgemeine „Harmonie" betont wird, welche unter der Mehrzahl der anwesenden Irrenärzte über die betreffenden Fragen herrschte und wenn man, darauf gestützt, die Dinge so darstellt, als handelte es sich hier um abgethane Dinge, über die es sich kaum lohne, weiter zu reden, so ist dies im günstigsten Falle — falls nämlich diese Uebereinstimmung nicht bloss gegen die Person gerichtet

XXXXII.

Berliner medicinisch-psychologische Gesellschaft.

Sitzung vom 15. October 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Als Gäste anwesend:

Herr Dr. med. Ehrenhaus.
„ „ „ Fleischer.
„ „ „ Vaneschi.
„ „ „ Mühsam.
„ „ „ Guttmann.
„ Prof. Balinsky (St. Petersburg).

Der Vorsitzende widmet dem Andenken an das verstorbene Mitglied, Herrn Geh. Sanitätsrath Dr. Eckard, einen ehrenden Nachruf und die Gesellschaft erhebt sich von den Sitzen, um das Andenken desselben zu ehren.

Herr Griesinger stellt zwei — resp. 5 und 10 Jahr alte — in Berlin geborne Idioten mit dem Habitus des alpinen Cretinismus vor und demonstrirt ihre körperlichen und geistigen Eigenthümlichkeiten. Der betreffende Vortrag soll veröffentlicht werden.*)

Herr Balinski (als Gast) bemerkt, dass er in Petersburg niemals diese Form des Cretinismus gesehen habe.

Herr Lohde hat in Norddeutschland in der Elster-Gegend alpinen Cretismus (mit Kropf) beobachtet; er sah 4 Cretins in einer Familie, von denen zwei leben blieben; einer von diesen hatte den torpiden Character, wie die von Herrn Griesinger demonstrirten Kinder, der andere war im Gegentheile lebendig, aufgeregt und legte Feuer an, trotzdem hatten beide die gleiche brachycephale Kopfform. In Betreff der Aetiologie dieser Fälle glaubte Herr Lohde endemische Einflüsse und Disposition von mütterlicher Seite her annehmen zu können.

*) Das Manuscript ist in dem Nachlasse Griesinger's nicht gefunden worden. Westphal.

nannte „Address“), in welcher er einige allgemeine das Irrenwesen betreffende Fragen behandelte. Er rügte unter Anderem, dass in Folge der jeder einzelnen Grafschaft über ihre Asyle zustehende Macht sowohl Kranke als Aerzte häufigen Ungelegenheiten und Härten ausgesetzt seien und dass dadurch namentlich das Aufsteigen der Aerzte von unbedeutenderen Stellungen an kleineren Asylen zu den wichtigeren Posten an grossen Anstalten gehemmt werde. Ferner wies er auf die Unzulänglichkeiten hin, welche das Eingreifen des committee of visitors mit sich bringe, — ein Uebelstand, den in den einzelnen Fällen oft auch die Commissioners in Lunacy nicht gut zu machen und zu beseitigen im Stande wären. Dann wird die traurige Stellung der Aerzte in ihrer Eigenschaft als Sachverständige vor Gericht geschildert, wobei der Redner namentlich die Cross-examination der ärztlichen Sachverständigen abgeschafft wissen will, da die Wahrheit dadurch gewöhnlich mehr verdunkelt als aufgeklärt würde und der ganze Act der Cross-examination, wie bekannt, nichts als eine Art Ueberlistung (trickery) sei. Schliesslich wird dringend die Ausbildung der Studirenden in der Psychiatrie als obligatorisch gefordert, obwohl es jetzt Mode sei, gegen alle Specialitäten loszuziehen. Die vom Vortragenden für seine Forderung angeführten Gründe sind die auch in Deutschland oft genug wiederholten. —

Die Versammlung beschloss nach dieser mit Beifall aufgenommenen Anrede ihres Vorsitzenden die nächste Jahresversammlung in York abzuhalten; zum Vorsitzenden für das nächste Jahr wurde Prof. Laycock gewählt, die Redaction des Journal of Mental Science bleibt in den Händen von Dr. Robertson und Dr. Maudsley. Anderweitige Interna über den Modus der Präsidentenwahl u. s. w. bildeten den Schluss der Vormittagssitzung.

Die Nachmittagssitzung ward hauptsächlich durch eine Rede von Prof. Laycock ausgefüllt, an welche sich eine kurze Besprechung knüpfte. Er lenkte die Aufmerksamkeit auf die unter den englischen Gesetzgebern und Richtern, selbst den vorzüglichsten, verbreiteten gänzlich irrthümlichen Ansichten über die Geisteskrankheiten und ihr Verhältniss zu gewissen Verbrechen und beantragte ein Comité zu ernennen mit der Befugniss die nöthigen Schritte zu thun, um eine vollständige Untersuchung seitens der Regierung sicher zu stellen über die Beziehungen der Medicinischen Wissenschaft zu der Anwendung der Gesetze in Betreff aller geisteskranken oder geistesschwachen Personen, in der Absicht, alle praktisch möglichen Verbesserungen durchzuführen. Die Versammlung nahm diesen Antrag einstimmig an und ernannte zu Mitgliedern des Comité's die Herren Prof. Laycock Dr. Rhys Williams, Dr. Christie, Dr. Sankey, Dr. Robertson und Dr. Maudsley.

Sitzung vom 17. December 1867.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Herr W. Sander theilt als Mitglied der statistischen Commission die vom Ministerium der Geistlichen- Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten unter dem 19. November 1867 erhaltene Antwort mit, wodurch die Gesellschaft benachrichtigt wird, dass die Rubriken für Irre und Blödsinnige in den bei der gegenwärtigen Volkszählung in Anwendung kommenden Zählungslisten genehmigt sind. — Es erfolgt darauf ein vorläufiger Bericht über die Resultate der an die Vorsteher deutscher Irrenanstalten gerichteten Aufforderung zur Angabe der Zahl der in ihren Anstalten befindlichen Geisteskranken.

Herr Liman: Ueber bestrittene Unzurechnungsfähigkeit.

Der Vortragende berichtet über einen Fall, in welchem ein notorisch Geisteskranker, welcher als solcher längere Zeit in der Irren-Abtheilung der Charité und in der Städtischen Verpflegungs-Anstalt behandelt war und welcher mehrfache gewaltthätige Handlungen begangen hatte, von zwei Aerzten, die als „Sachverständige“ in dem Provocations-Termine fungirten, für fähig erklärt wurde, die Folgen seiner Handlungen zu überlegen und daher aus der Irrenanstalt entlassen wurde, bevor noch das Erkenntniss des Stadtgerichtes eingegangen war. — Herr Liman knüpft hieran einige Bemerkungen über die Unzulänglichkeit des gegenwärtig bestehenden Civil- und Criminalverfahrens. Mit Bezug auf ersteres wird hervorgehoben, dass die zu den Terminen zugezogenen „Sachverständigen“ oft keine Sachverständigen sind, sondern practische Aerzte, welche vielleicht bisher niemals Gelegenheit hatten, Geisteskranke zu sehen und zu beobachten; es sollten daher nur Aerzte zugezogen werden, die das Physikatsexamen gemacht hätten. Ferner müsste das Civilgericht die Criminalacten da, wo solche vorhanden, einfordern und das Material bei den Vorbesuchen zugänglicher sein. Wo das Gutachten der früher den Kranken behandelnden Irrenärzte dissentirend war, sollte das Gericht im gegebenen Falle nach Abhaltung des Termins nicht ohne Weiteres pure die Entlassung verfügen, sondern es müsste der Instanzenzug beschritten werden. Indess auch hier sind Verbesserungen nothwendig; der bisher übliche Modus ist eine vorwiegend büreaukratische Einrichtung, da die Obergutachten nicht auf eigene Anschauung basirt sind und eine Erhebung des Thatbestandes dabei nicht stattfindet. — In Bezug auf das Criminalforum wäre zu wünschen, dass die einen Verbrecher überliefernde Polizeibehörde dem Gefängnissarzte eventuell eine Mittheilung darüber zugehen liesse, ob das betreffende Individuum bereits in einer Irrenanstalt gewesen.

Es knüpft sich hieran eine längere Discussion, wobei einzelne Mitglieder ihre Erfahrungen nach dieser Richtung hin mittheilen und besonders hervorgehoben wird, dass bei dem Civilverfahren ein reichlicheres Material seitens des Gerichts zu beschaffen sei. Mit Bezug auf die von Herrn Liman gerügten Mängel des Instanzenzuges weist Herr Griesinger auf den von ihm in der Versammlung zu Heppenheim gestelten Antrag hin (vergl. Archiv für Psychiatrie p. 196).

Sitzung vom 21. Januar 1868.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westhpal.

Als Gäste waren anwesend:

Herr Geh.-R. Dr. v. Graefe.	Herr Dr. Cohnheim.
„ Dr. Bastian.	„ Dr. Leber.
„ Prof. Steinthal	„ Dr. Boehr.
„ Prof. Werder.	„ Dr. Rabl-Rückardt.
„ Prof. v. Holtzendorff.	„ Assessor Friedel.
„ Stadtger.-Rath Lütty.	„ Monod (Paris).
„ Dr. Heimann.	„ de Pommerais (Paris).
„ Dr. Liebert.	„ Dr. Lucae.

Die der Stiftungsfeier der Gesellschaft gewidmete Sitzung wird durch eine vom Schriftführer gegebene Uebersicht der bisherigen Wirksamkeit der Gesellschaft eingeleitet, worauf Herr

Lazarus

einen Vortrag über

„Natürliches und künstliches Denken"

hält.*)

Der Redner findet es der Symbolik der Feier einjährigen Bestehens der Gesellschaft angemessen, statt solenner Rückblicke auf wissenschaftliche Eroberungen eine beginnende wissenschaftliche Untersuchung vorzulegen, zu welcher er heute sogar nur die Einleitung geben könne. Der Gegenstand derselben lautet: über natürliches und künstliches Denken.

Aufklärung über die eigenthümliche Aufgabe und Stellung der Frage sucht der Redner zunächst durch die Hypothese herbeizuführen, dass man vor etwa 100 Jahren, zu den Zeiten Rousseau's und Herder's den Gegenstand erfasst hätte. Nach Analogie der damaligen Art der Untersuchung über den Ursprung der Sprache, der Cultur, des Staates würde 1) die Frage gelautet haben: ist das menschliche Denken überhaupt natürlich oder künstlich? 2) die Antwort hätte zwei Parteien gebildet, welche mit Kenntniss, Witz und Scharfsinn das eine wie das andere bewiesen hätten. An den Versuch einer solchen zweiseitigen Beweisführung knüpft sich dann die Bemerkung, dass wir es mit einer echten Antinomie, also mit einer Begriffsgruppe zu thun hätten, welche unabweislich der Bearbeitung unterzogen werden muss; dass ferner aus der antinomischen Antwort auf falsche Fragestellung geschlossen werden kann. An die historische Erörterung, wie nahe den Theorien jener Zeit, welche die Natur des Menschen durch die Cultur verderbt werden lassen, die psychologische Aufgabe gelegen hätte, wie man aber, trotz der durch Vico gegebenen Anfänge, unfähig gewesen sei, dieselbe zu erfassen, schliesst sich, dass dies mit dem weiteren, auch jetzt noch anzutreffenden Fehler zusammenhängt, dass man bei den Begriffen Natur und Cultur voreilig den Werth- vor dem That- und Sachunterschied, gleichsam die quaestio juris vor der quaestio facti in Erwägung gezogen habe. — Dass dadurch die richtige Fassung nicht blos aufgeschoben, sondern unmöglich gemacht wird, ferner wie sich der charak-

*) Der Vortrag wird an einem andern Orte vollständig erscheinen.

terisirende Begriff der Natur in den des Natürlichen, Naturgesetzlichen und Naturgemässen zerlegt, und wie sie sich zu einander verhalten, all das wird aus einer in extenso vorgetragenen Stelle einer Critik Steinthal's über Renan's Geschichte der semit. Religionen (Zeitschrift für Völkerpsychologie und Sprachwissenschaft Band I. S. 328 ff.) nachgewiesen, und daran die psychologisch bedeutsamen Momente aus der persönlichen Geschichte des vorliegenden Problems angeknüpft.

An dem Unterschied der logischen und der psychologischen Gesetze und an dem eigenthümlichen Verhalten beider zu einander — indem doch auch alles logische Denken psychologischen Gesetzen folgen muss, das psychologische Denken aber unter gegebenen Umständen zu einer logischen Formung und Vollendung hindringt, — wird die theoretische Bedeutung unserer Frage entwickelt, zugleich aber darauf hingewiesen, wie nothwendig sich einerseits pädagogische, andererseits psychiatrische Aufgaben daraus gestalten.

Ueber den Dienst, den die in die Wissenschaft einzuführenden neuen Kategorieen, oder die neue Analogie leisten können, wird auf die Arbeit eines Mitgliedes der Gesellschaft, des Dr. Cohen, über die platonische Ideenlehre (Zeitschrift f. Völkerpsych. und Sprachw. Band 4) verwiesen, zugleich aber nachdrücklich hervorgehoben, wie das Problem, dessen Lösung mit Hülfe dieser Kategorien (des natürlichen und künstlichen Denkens) versucht werden sollè, selbst keinesweges neu, sondern durch allmälig fortschreitende Fragen, Aufgaben und Untersuchungen zu seiner heutigen Fassung erwachsen sei. Dies wird an einer Reihe von gegensätzlichen Begriffspaaren nachgewiesen, welche, ohne dem vorliegenden identisch zu sein, damit parallel laufen; so: angeboren oder anerzogen; Anlage und Ausbildung; innere Entwickelung und äussere Einwirkung; naives und reflectirtes Denken; einfach volksmässig und wissenschaftlich methodisch; u. s. w. Hierauf wird das Verdienst Lotze's hervorgehoben, die vorliegende Frage am meisten gefördert, das Problem seiner klarsten Fassung dadurch näher geführt zu haben, dass er den Unterschied des psychologischen Mechanismus und dessen, was in der geistigen Thätigkeit über den blossen Mechanismus hinausgeht, nachdrücklich erörtert hat. Redner zeigt, wie erst aus der Bekämpfung der lediglich beschreibenden älteren Psychologie und der classificirenden Vermögenslehre (auch die dialectisch entwickelnde Philosophie des Geistes hinter sich zurücklassend), die neuere Psychologie den Begriff des psychologischen Prozesses und Gesetzes festgestellt hat, so dass die Gesammtheit des inneren Geschehens zu einer Mechanik der Vorstellungen sich gestaltete. Wenn nun aber Lotze's feine und tief eindringende Unterscheidung im psychischen Leben Leistungen nachweist, welche über alle Mechanik hinausgehen, und deshalb Prozesse annimmt, welche von dieser qualitativ durchaus verschieden sind: so werde es mit Hilfe der hier aufgestellten Kategorieen vielleicht möglich sein, eine solche Art und Entwickelung des Mechanismus zu finden, dass eine völlige Einheit des gesammten psychischen Lebens erhalten bleibe und dennoch die Durchsichtigkeit auch der höheren Prozesse gewonnen werde.

Hierauf nun wurden die wesentlichen Charaktere des Natürlichen und Künstlichen dargestellt. An den Beispielen von natürlichen und künstlichen Mineralwassern, Eis, Brütung und Züchtung etc. wird gezeigt, dass auch das Künstliche keine Kraft erzeugen, dass es nichts schaffen könne, dass alle

Thätigkeit durch die Naturelemente, in Naturprozessen, nach Naturgesetzen vor sich geht. Künstlich aber sei die durch die Absicht herbeigeführte Gelegenheit für die Elemente, gewisse Prozesse zu vollziehen. Sein oder Nichtsein gewisser Erfolge in der Natur (oft sehr weit greifender, man denke nur an Säen und Erndten) hängt eben von der Gelegenheit ab, welche menschlicher Gedanke vermittelst der motorischen Nerven den Naturelementen gibt, nach einem gewissen Ziele hin zu arbeiten; diese Arbeit selbst aber vollzieht sich nur nach der Natur und dem Gesetz der gegebenen Elemente. Auch ohne den Eingriff menschlicher Absicht befinden sich eine gegebene Summe von Naturelementen in einem gewissen Zustande und — nach einwohnenden Gesetzen — in einer gewissen, diesen Zustand verändernden Wirkungsweise; aber durch den menschlichen Gedanken wird, nicht Art und Gesetz, wohl aber Richtung, Ziel und Erfolg dieser Wirkungsweise eine andere. Im gleichen Sinne nun gebe es auch ein künstliches Denken. Mitten im grossen Mechanismus der Natur stehe auch der Mensch; auch in ihm erzeugen sich wiederum in den Elementen, aus denen er zusammengesetzt ist, durch Zusammenwirken derselben mit einander und mit der Aussenwelt Zustände und Wirkungen von besonderer (aber naturgesetzlicher) Art, nemlich psychische Ereignisse, sammt deren bleibenden und fortwirkenden Erfolgen, die wir als (secundäre) psychische Elemente bezeichnen können. Denken wir uns nun diese letzteren ihrem eigenen Lauf überlassen, wie sich die Naturelemente ihrem eigenen Lauf (ohne menschliche Einwirkung) überlassen sind, so würden psychologische Gebilde und Erscheinungen entstehen, welche wir als rein natürliche schlechthin auffassen könnten. Der Mensch greift aber eben so in seinen eigenen psychischen Prozess ein, wie er in den physischen Prozess der Natur eingreift.

Am wichtigsten ist nun in dieser Beziehung, dass ein Mensch in den psychischen Prozess des andern eingreift: lehrend, zeigend, fördernd, auch hemmend. Das Leben und Denken der Menschen ist deshalb niemals in dem Sinne rein natürlich, wie es das sich selbst überlassene Naturleben wäre; als Menschen im gegenseitigen Zusammenleben befindlich, ist in ihnen auch stetig ein Einfluss fremder Absicht, also künstlicher Prozess wirksam.

Hieran werde sich die Untersuchung reihen, in wie fern der Begriff des Künstlichen sich steigern, bis zum Gekünstelten fortschreiten, von dem des Natürlichen und Naturgemässen sich entfernen und zu individueller und charakteristischer Eigenheit sich gestalten könne, welche von dem ursprünglichen Gang der Natur sich abwendet.

Künstlich und natürlich seien also unter allen Umständen correlate Begriffe. Jeder Prozess, auch der künstlich herbeigeführte, sei es durch den Menschen selbst im Wirken einer Vorstellung auf andere Vorstellungen, sei es durch einen Menschen auf den andern, wird dann nothwendig wieder natürlich, d. h. nach Naturgesetzen, nemlich psychologischen, verlaufen; jedes psychologische Gebilde, einmal erzeugt, fällt wieder den psychologischen Gesetzen anheim. Wie daraus ein fortwährendes Ineinandergreifen und Aufeinanderwirken des Künstlichen und Natürlichen im psychischen Prozess sich ergibt, wie allmälig das Künstliche in unserem Geistesleben sich steigert, zugleich aber, was früher künstlich war, zu einem Natürlichen wird und als solches sich verhält, das wurde nun an einer Reihe von Beispielen theils aus dem individuellen Leben, theils aus der Geschichte der Menschheit dargelegt.

Nachdem die Charactere des Künstlichen als Bewusstes, Absichtliches, auf ein vorgedachtes Ziel gerichtetes, nach einem Ideal Strebendes, im weitesten Sinne Reflectirtes nachgewiesen waren, wird eine Anleitung zur Scheidung der beiderartigen Elemente in jedem Prozesse versucht und dazu von dem Vortragenden eine künftige Kategorientafel versprochen. Es wird bemerkt, wie es sogar eine künstliche und natürliche Dummheit gebe, wie sich der Beginn des Künstlichen schon in Kindern von 3—4 Jahren offenbare, und Swift's geniale Satyren von der mathematischen Insel Laputa und der Denkerstadt Lagode werden als in einem tieferen Sinne lehrreich erwiesen, als Swift selbst es zu ahnen vermochte. Auch die Entartung selbst des wissenschaftlichen Denkens bei einseitiger Pflege der künstlichen Momente desselben gegenüber den natürlichen wird an dem Beispiele des „leicht machenden Phlogiston" der Stahlianer näher erörtert.

Eine neue Seite des Problems wird dann noch durch die Thatsache offen gelegt, dass der Mensch im Laufe der Culturentwickelung allmälig und durch vermittelndes Denken sich Werkzeuge geschaffen hat, welche völlig denen analog sind, die die Natur den Thieren zur Arbeit mitgegeben hat (der Kamm am Spinnenfuss), Werkzeuge, welche der Mensch nie gesehen hatte, da erst die neueste Zeit sie mikroskopisch entdeckt hat. Ob und in wiefern hiernach der ganze, ob auch vermittelte und vielfach künstliche Denkprozess der Menschen dennoch als ein instinctiver zu fassen sei, ist der Gegenstand der Betrachtung. Endlich wird — da die Zeit vorgerückt war — noch flüchtig auf die Unterschiede des psychischen Prozesses in der eigentlichen Kunst — welche grade am meisten das unreflectirte, natürliche Geschehen im Geiste fordere und das künstliche ausschliesse — in der Technik und Mechanik, und in der Wissenschaft hingewiesen, die ausgedehnte Bedeutung des künstlichen Eingreifens in Natur und Geist sowohl zur physischen Erhaltung der Gesellschaft als zur sittlichen Entwickelung derselben angedeutet und mit dem Gedanken geschlossen, dass in all diesen Beziehungen der Mensch sich über die Natur erheben müsse, von ihr aber nicht entfernen dürfe.

An diesen von der Versammlung mit grossem Interesse aufgenommenen Vortrag schloss sich ein Festmahl, welches alle Anwesenden bis zu später Stunde vereinigte.

Sitzung vom 18. Februar 1868.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Der Vorsitzende und der Schriftführer werden für das Jahr 1868 wiedergewählt.

Herr Griesinger legt zwei Schriften von Gianelli vor und macht Mittheilungen über deren Inhalt.

Herr Westphal demonstrirt ein Meerschweinchen, dem er die Hälfte des Rückenmarks in der Lendengegend durchschnitten hatte und welches auf Reizung gewisser Hautparthieen des Gesichts und Halses die von Brown-Séquard angegebenen epileptischen Erscheinungen darbot.

Der Vortragende erwähnt dabei eines von ihm beobachteten Krankheitsfalles, in welchem durch Druck auf eine Hälfte des Rückenmarks in Folge von Wirbelerkrankung ähnliche Erscheinungen beobachtet wurden wie nach halbseitiger Durchschneidung, epileptische Anfälle aber durch Reizung von dem Verbreitungsbezirke des Quintus, so wie von anderen Hautstellen aus künstlich nicht hervorgerufen werden konnten.

Herr Griesinger bemerkt, dass er an einem auf seine Veranlassung von Fick operirten Meerschweinchen, welches gleichfalls epileptisch wurde, eine allmälige Veränderung des psychischen Verhaltens beobachtet hat. Aehnliche Erscheinungen, wie die von Brown-Séquard an den operirten Thieren beobachteten, erhält man, wenn man Meerschweinchen, auf einem horizontalen Brette befestigt, in Schwingungen versetzt. Ueber die spinale Epilepsie bemerkt Herr Griesinger, dass er sie seit langer Zeit annehme und in seinen Vorlesungen demonstrire.

Herr W. Sander hält einen Vortrag über die civilrechtliche Stellung der Geisteskranken.

In Folge der sich daran anschliessenden Besprechung beschliesst die Gesellschaft,, eine Comission zu ernennen, um die einschlägigen Fragen zu prüfen und hierauf bezügliche Vorlagen zu machen.

Zu Mitgliedern dieser Commission werden ernannt die Herren Griesinger, Liman, Sander, Mendel. Zugleich wird der Commission anheimgegeben, sich durch juristische Mitglieder zu ergänzen.

Sitzung vom 23. März 1868.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Als Gäste anwesend:

Herr Dr. Starke.
„ Dr. Solger.
„ Dr. Baxt.
„ Dr. Porges (Marienbad).

Herr Griesinger hält einen Vortrag über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Derselbe besteht im Wesentlichen darin, dass bei den betreffenden Kranken ein fortwährendes inneres Fragen nach Gründen über Alles, was ihnen vorkommt, stattfindet, so dass man den Zustand als ein krankhaftes Grübeln, Grübelsucht, bezeichnen könnte. Vor andern ähnlichen Zuständen ist diese Grübelsucht durch ihren rein theoretischen Character ausgezeichnet und ist sie nicht zu verwechseln mit jener krankhaften Zweifelsucht (folie, maladie du doute, Falret), die sich auf die Person des Patienten selbst bezieht und dann zu gewissen Consequenzen in Bezug auf das Handeln führt. — Der Vortrag wird in extenso veröffentlicht werden.*)

Herr Lazarus, welcher die von Herrn Griesinger beschriebene Form der Störung gleichfalls nicht in die bekannten Formen von Geistestörung einreihen zu können glaubt, weist auf gewisse analoge Erscheinungen hin, welche bei sonst anscheinend gesundem Seelenleben beobachtet werden. So gibt es

---

*) Vergl. p. 626.

z. B. Leute, in deren Reden gewisse unwillkührliche Worte und Redensarten eingesprengt sind, es gibt ferner Menschen, die man als Fragemenschen bezeichnen könnte und welche fragen, ohne die Antwort abzuwarten. Ueberhaupt aber ist ein unwillkührliches Herandrängen der Gedanken und eine überwiegende Vorliebe für eine Form des Gedankenganges etwas Gewöhnliches. Characteristisch für das Krankhafte des geschilderten Zustandes ist die dabei vorhandene Zwangsmässigkeit. Man kann sich vorstellen, dass es sich bei diesem Zustande um ein abweichendes Verhältniss des Denkens zur Realität handle: das sinnliche Verhalten zu den äusseren Dingen hat sich bei dem Patienten geändert, er hat, so zu sagen, nicht die solide Wahrnehmung bei seinen Handlungen, und so kann hierdurch, da wir überhaupt bei streitenden Gedankenmassen leicht in Zweifel über die Realität kommen, der zweifelnde Zustand des Patienten erzeugt gedacht werden. Das Krankhafte liegt wesentlich in dem Unwillkührlichen des Zustandes und würde vielleicht als Grundlage eine Modification der Grundstimmung des psychischen Verhaltens, die zum Beispiel durch Onanie psychisch und physisch bedingt sein könnte, anzunehmen sein.

Herr Skrzeczka ist der Ansicht, dass eine Stimmung dem Zustande zum Grunde liege, bestehend in einem Gefühle psychischer Schwäche und Leere, wobei der Mensch immerzu frage, während die Sinneseindrücke nicht zur Ueberlegung auffordern. Ein solcher Mensch könne das Gefühl haben, als sei ihm das früher Bekannte abhanden gekommen.

Herr Baxt (als Gast) betrachtet es u. A. als characteristisch für das Krankhafte des Zustandes, dass den Patienten solche Fragen kommen, die gar nicht in ihr Gebiet hineingehören.

Herr Solger (als Gast) will Analogieen mit Erscheinungen der Sensibilität darin sehen.

Herr Cohen meint, dass der Patient nicht mehr über die Einordnung der Wahrnehmungen in den Kreis seiner Vorstellungen Herr bleibe, sondern in Folge der Onanie, die ihn veranlasst hat, beständig nach schlimmen Folgen zu grübeln, seine gesammten Vorstellungen nach einem schematischen Causalnexus verbindet.

Herr Griesinger bemerkt hierauf, dass Onanie nur in einem der von ihm erwähnten Fälle vorhanden war. Im Uebrigen hebt er mit Beziehung auf die in der Discussion ausgesprochenen Ansichten die Schwere des geschilderten Krankheitszustandes hervor, der mit dem gesunden Nachdenken nichts gemein habe.

Sitzung vom 14. April 1868.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Als Gäste sind anwesend:

Herr Dr. Béla v. Machik aus Pest.
„ Dr. Rosenberg.
„ Dr. Wernich.

Her Bastian legt ein Schriftstück vor, das in der Universitäts-Bibliothek eingegangen ist und wahrscheinlich von einem Geisteskranken herrührt. Dasselbe wird Herrn Filter zum Bericht übergeben.

Herr Bastian hält mit Zugrundelegung einzelner Abschnitte eines eigenen im Drucke erscheinenden Werkes einen Vortrag über die Phänomene der Besessenheit und der Inspiration.

Herr Griesinger. Die geschilderten endemischen und epidemischen Zustände sind mit den sporadisch auftretenden psychopathischen Erscheinungen der Exstase, Inspiration u s. w. nicht zu identificiren. Im Wesentlichen handelt es sich wohl dabei darum, dass bei den betreffenden Individuen aus einer Region der Vorstellungen, die für gewöhnlich unbewusst ist, sich Einzelnes lebhaft hervorhebt. Dieser psychische Vorgang beruht in den sporadischen Fällen auf bestimmten pathologischen Nervenzuständen und hierin liegt ein Unterschied zwischen diesen und den epidemischen Vorgängen. Bei letzteren werden durch die Prozeduren Nervenkrankheiten hervorgerufen, bei jenen ist die Nervenkrankheit das Primäre. Man kann nicht alle diese Nervenkrankheiten mit bestimmten Namen bezeichnen, sie gehören zu den Gruppen der Hysterie, Epilepsie, Geistesstörung; namentlich kommt dergleichen bei den Traumzuständen der Epileptiker vor. Viele berühmte Männer der Geschichte haben Einfluss ausgeübt durch die Macht, die durch diese exstatischen Zustände in ihnen selbst erwuchs. Aehnliche Zustände entstehen im Somnambulismus und hat Herr Griesinger selbst zweimal idiosomnambule Zustände gesehen, in denen Inspiration auftrat. Eine psychische Epidemie hat Herr Griesinger einmal in einem Gefängnisse gesehen: die betreffenden Individuen sangen und declamirten mit erhobener und pathetischer Stimme. Hier grenzen hysterische Zustände an die epidemisch vorkommenden der Naturvölker; die sporadischen sind jedoch ihrer Quelle nach zu unterscheiden.

Herr Bastian macht darauf aufmerksam, dass die Individuen bei den Naturvölkern, welche sich zu den betreffenden Prozeduren eignen, auch wohl Keime einer Geisteskrankheit in sich tragen, die nur unter gewöhnlichen Umständen nicht zur Entwickelung gelangen.

Herr Lazarus. Beide Zustände sind in vielen Fällen gewiss identisch und wenn sie nicht immer die Formen zeigen wie bei uns, so liegt dies in der Verschiedenheit des psychischen Inhalts. Es muss uns allmälig gelingen, eine Schilderung des Aufsteigens vom einfachen bis zum entwickelten, gesteigerten normalen und pathologischen Seelenleben zu bekommen. Bis jetzt kennen wir beide nur in Gesundheit und Krankheit; bei den Naturvölkern wollen wir ein drittes kennen lernen, wie sich nämlich psychische Zustände künstlich erzeugen. Die Bezeichnungen bewusst und unbewusst sind nicht ganz ausreichend, um alle Momente, die hier in Betracht kommen, anzudeuten. Das noch Gesunde kann durch ethische Anforderungen zu einem Zustande von Alienation führen, der noch nicht als krankhaft zu bezeichnen ist, während er allerdings krankhaft im Vergleich zum Gewöhnlichen ist (Thomas a Kempis). Eine Veränderung der allgemeinen psychischen Stimmung kann so herbeigeführt werden; diese müssen wir erforschen, um Mittelstufen zu finden. — Was die berühmten Männer betrifft, so haben bei ihnen die betreffenden exorbitanten Zustände und was sie darin erstrebt haben, nicht eingewirkt auf die normalen; sondern grade die Menschen sind überhaupt oft die bedeutenderen, welche zu gewissen Zeiten diese krankhaften Erscheinungen zeigen. Die Vermittlung zwischen diesen gesteigerten und den wirklich gestörten Zuständen wird durch das Studium der Naturvölker gefördert werden.

Herr Bastian erwähnt noch, dass somnambule Zustände auch in Indien vorkommen; ein Individuum (Bhuktu) setzt seine Schüler durch magnetische Manipulationen in Exstase. — Schliesslich macht derselbe noch darauf aufmerksam, dass durch die von ihm geschilderten bei den Naturvölkern üblichen Prozeduren der Horizont der betreffenden Individuen erweitert werden soll um Rath zu ertheilen und vergleicht hiermit das Orakelwesen des Alterthums und gewisse Sitten der alten Germanen.

Herr Mendel stellt einen Antrag in Betreff des Städtischen Irrenhaus-Projectes. Er wünscht die Wahl einer Commission, welche der Gesellschaft über das Fortschreiten dieses Projectes berichten und eine Beschlussfassung provociren soll.

Herr Griesinger spricht sich gegen eine solche Commission aus, stellt aber anheim, einzelne Fragen, welche hierauf bezüglich, auf die Tagesordnung zu setzen.

Nachdem Herr Steinthal für, Herr Liman und Filter gegen den Antrag gesprochen, wird der Mendel'sche Antrag durch Majorität abgelehnt.

Sitzung vom 19. Mai 1868.

Vorsitzender: Herr Griesinger.
Schriftführer: Herr Westphal.

Als Gäste sind anwesend:
Herr Dr. Aaron.
„ Dr. Wallis.

Herr A. Bastian legt einige seiner Schriften vor:

1) Beiträge zur vergleichenden Psychologie: die Seele und ihre Erscheinungsweisen in der Ethnographie. Berlin 1868.
2) Der Baum in vergleichender Ethnologie. Separat-Abdruck aus der Zeitschr. für Völkerpsychologie.

Herr Filter berichtet über ein von einem Geisteskranken an die Königl. Universitätsbibliothek eingesandtes Schriftstück. Der betreffende Autor fungirt noch gegenwärtig als Beamter an einem grösseren Institute.

Herr Mendel macht auf das Bedenkliche der Lage des angeblich für die neue Städtische Irrenanstalt ausgewählten Ortes Dalldorf aufmerksam. Derselbe liege in der unmittelbaren Nähe des Artillerieschiessplatzes und würde das starke Knallen der Geschütze so wie die bedeutende Erschütterung der Fenster grosse Uebelstände für die neue Irrenanstalt mit sich führen. Herr Mendel beantragt, ein Comité zur Prüfung dieser Frage niederzusetzen.

Nach einer kurzen Discussion lehnt die Gesellschaft die Bildung eines Comité's ab und ersucht Herrn Mendel, den Platz in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Sander in Augenschein zu nehmen und über die gemachten Beobachtungen der Gesellschaft zu berichten.

Herr Liman: über die Schrift: „Verbrechen und Wahnsinn" von Solbrig. Herr Liman glaubt an die Spitze der forensischen Bestrebungen den Satz stellen zu müssen, dass die betreffenden Erfahrungen aus den Irrenanstalten zu schöpfen sind und durch die Erfahrungen in den Gefängnissen nur ergänzt werden. Was die Solbrig'sche Schrift betrifft, so findet sich in ihr nicht die nöthige Klarheit, welche der Richter braucht;

auch finden sich vielfache Widersprüche. Solbrig sagt, dass es Fälle gebe, welche weder Verbrechen noch Wahnsinn sind, sondern eine Combination von beiden darstellen. Hiergegen macht Herr Liman geltend, dass der Richter nur nach Verbrechen oder Wahnsinn fragen werde und müsse, dass die Frage gar nicht anders gestellt werden könne. Die Einführung von Categorieen wie „Verbrecherwahnsinn" ist nachtheilig; die Aufgabe bleibt immer, die organische Entwicklung und Existenz der Störung nachzuweisen. Gewisse Deductionen des Herrn Solbrig könnten auf jeden Verbrecher angewendet werden, wenn man den Hang zum Bösen als unwiderstehlich hinstellt. Für einen Theil der Querulanten passt die psychologische Entwicklung von Solbrig, für andere jedoch nicht. Letztere sind die nicht zur Moral Insanity prädisponirten Individuen, vielmehr solche mit melancholischen Affecten, Beschränktheit und Schwachsinn, Zustände, die in anderweitige Formen der Störung übergehen.

Herr Lazarus spricht sich gegen die ganz unwissenschaftliche Phraseologie der Solbrig'schen Schrift aus. Zwei Punkte sind in der ganzen Deduction bei Solbrig übersehen: 1. Es handelt sich nicht um den Verbrecher, sondern um das in Rede stehende Verbrechen; 2. handelt es sich um die Zeit während der Handlung selbst, — es muss also jedes Object für sich analysirt werden. Das Referat des Herrn Liman findet Herr Lazarus sehr dankenswerth, damit nicht etwa die Schrift des Herrn Solbrig als Autorität gelte.

Herr Griesinger spricht gegen die Bezeichnung gewisser pathologisch angelegter Naturen als Moral insanity, wiewohl die Existenz dieser sogenannten Moral insanity als festgestellt zu betrachten ist. Er ist jedoch im Gegensatze zu Herrn Lazarus der Meinung, dass der Arzt es nicht nur mit Beurtheilung des einzelnen Actes des Verbrechens zu thun habe, sondern mit der ganzen Persönlichkeit. Die Moral insanity gibt grade ein solches Beispiel, wie weit ausgeholt werden muss bei solchen Individuen, um zeigen zu können, dass man es mit pathologischen Naturen zu thun hat. Ist dies constatirt, so spielt das Verbrechen selbst eine untergeordnete Rolle. Herr Griesinger hält es für wünschenswerth, darauf aufmerksam zu machen, dass Verbrechen und Wahnsinn keine Gegensätze sind, sondern dass Mischungen stattfinden, die einen Gegensatz nicht so hervortreten lassen. Allerdings ist der Ausdruck „verbrecherischer Wahnsinn" nicht festzuhalten, aber man muss doch darauf hinweisen, dass hier keine solche Gegensätze existiren.

Herr Liman meint, dass allerdings eine Grenze zwischen Krankheit und Nicht-Krankheit festgehalten werden muss.

Herr Skrzeczka: Man spricht bereits ein Urtheil über Zurechnungsfähigkeit nnd Unzurechnungsfähigkeit, wenn man darüber entscheidet, ob Wahnsinn oder Verbrechen. Es kommt vor, dass alte Verbrecher geisteskrank werden und es wird sich hier fragen, ob die betreffende Handlung jetzt noch von einem Verbrecher oder von einem Geisteskranken ausgeführt ist.

Herr Griesinger meint, dass es hier auf den Begriff des „Verbrechens" ankommen würde, der schwer zu definiren sei.

Herr Bastian erklärt den Begriff des Verbrechens für einen rein juridischen, als einen Einbruch in die Gesetze.

Herr Lazarus stimmt Herrn Bastian hierin bei. — Der Fehler bei

Solbrig scheint ihm in Folgendem zu liegen: so lange Jemand auf dem Standpunkte des absoluten Unterschiedes zwischen Verbrechen und Wahnsinn steht, bilden sie einen bestimmten Gegensatz. Solbrig begeht aber eine logische Unmóglichkeit, indem er zwei verschiedene Arten von Begriffen addirt. Es handelt sich 1) um eine physikalische Feststellung, ob gesund oder krank, 2) um eine juridische, ob Verbrechen oder nicht. Dies sind zwei verschiedene Urtheile. Man kann von einer bestimmten Handlung zwar sagen, sie habe verschiedene Charaktere an sich — wir müssen aber wissen, unter welchem Titel der Arzt das Urtheil fällt.

Herr Griesinger glaubt, dass in dem von Herrn Lazarus Gesagten eine besondere Schwäche der Solbrig'schen Schrift ausgedrückt ist.

Herr W. Sander hebt hervor, dass in dem Solbrig'schen Falle das Superarbitrium erklärte, der Mann könne nicht krank sein, da er ein Verbrechen begangen. Solbrig meint, dass es viele Leute giebt, die krank sind und alle als Verbrecher erscheinen; er will daher zeigen, dass sehr wohl Kranke Verbrechen begehen können und dass logisches Urtheil, Freisein von Wahnvorstellungen, schlechte Gesinnung u. s. w. nicht gegen Krankheit sprechen.

Herr Liman liest zur Begründung seiner Angriffe das von Solbrig vor den Geschworenen abgegebene Gutachten vor, wobei er es tadelt, dass Solbrig in der Sitzung selbst ohne Weiteres ein Gutachten abgegeben.

Herr Sander hebt nochmals hervor, dass bei einem solchen Obergerichte die Solbrig'sche Broschüre allerdings einen praktischen Werth hat.

Herr Griesinger: Verbrechen und Wahnsinn sind juristisch allerdings Gegensätze, psychologisch ist jedoch der Unterschied nicht so gross, da in dem verbrecherischen Triebe und Anreize psychologische Berührungspunkte liegen mit den abnormen Trieben psychopathischer Individuen, die oft verbrecherische Neigungen haben.

Sitzung vom 4. August 1868.

Alters-Vorsitzender: Herr Bastian.
Schriftführer: Herr Westphal.

Als Gast: Herr Noetel.

Von Herrn Griesinger wird eine ihm gewidmete Schrift übersandt: Frenologia forense ovvero delle frenopatie considerate relativamente alle medicina legale di Carlo Livi. Milano 1963—68.

Das Referat darüber übernimmt Herr Croner.

Herr Croner berichtet über die Resultate der letzten Irrenzählung in Berlin. (s. p. 580)

Herr J. Sander demonstrirt eine Hälfte des Gehirns des Riesenkänguruh Macropous giganteus. Es ist dies Gehirn besonders deshalb von Interesse, weil Owen behauptet hat, der Balken fehle demselben und werde durch die Commissura anterior ersetzt. Geht man indess auf das Entstehen der Quercommissuren beim Embryo zurück, so zeigt sich diese Ansicht unhaltbar, da die lamina terminalis immer vorhanden sein muss und von da die Quercommissuren nach hinten zu wachsen; Chiasma und Commissura anterior entstehen aus der Verdickung der lamina terminalis und ist die Commissura anterior

nach früheren Untersuchungen des Vortragenden nur als eine sensorielle Commissur (der Olfactorii) zu betrachten. Es zeigt sich an dem betreffenden Hirne eine sehr starke Entwickelung der Commissura anterior.

Sitzung vom 17. November 1868.

Als Gäste sind anwesend:

Herr Geh. Rath Prof. v. Graefe.
„ Dr. E. Stümcke.
„ Lewandowski.
„ Dr. Mühsam.

Gedenkfeier

für den

Geheimen Medicinalrath Professor Dr. Griesinger.

Nachdem Herr Westphal einen Abriss des Lebens Griesinger's gegeben und seine wissenschaftliche und practische Thätigkeit beleuchtet, characterisirte Herr Lazarus in einem sich daran anschliessenden Vortrage das gesammte menschliche Wesen des Verewigten.*) —

Zum Vorsitzenden an Stelle des Verstorbenen wird Herr Westphal gewählt; zum stellvertretenden Vorsitzenden Herr Lazarus, welcher jedoch die Wahl dankend ablehnt; anstatt seiner wird Herr Liman gewählt. Zum Schriftführer wählt die Gesellschaft Herrn Wilhelm Sander.

---

*) Vergl. die folgenden Seiten.

Nekrolog.

Nach einer

Rede

gehalten zur Gedenkfeier

für

Griesinger

in

der Medicinisch-Psychologischen Gesellschaft zu Berlin

am 17. November 1868.

Von

Dr. C. Westphal.

Verehrte Anwesende! Am 26. October d. J. hat diese Gesellschaft einen grossen Verlust erlitten, den grössten, der sie treffen konnte: ihr Gründer und bisheriger Leiter, der Geheime Medicinalrath Prof. Dr. Griesinger wurde ihr durch den Tod geraubt. Zwar vielerorts hat sein Tod eine mächtige Lücke gerissen, nirgends aber kann sie tiefer empfunden werden als in dieser Gesellschaft, deren Seele er war, und nirgends wird sie so unausfüllbar sein. Von seinem Leben und Wirken Ihnen ein Bild heute noch einmal vorzuführen, ist mir der Auftrag geworden; ich fühle nur zu gut, wie ungenügend ich dazu im Stande bin, da ein grosser Theil der Wirksamkeit des älteren Mannes dem jüngeren nicht so lebhaft gegenwärtig sein kann und die Farben des Bildes nothwendig um so matter werden müssen, je weiter dasselbe hinter der gegenwärtigen Zeit zurück liegt. Nichtsdestoweniger habe ich es übernommen, sein Andenken durch einen Rückblick auf sein Leben der Sitte gemäss zu ehren, zumal auch unter den übrigen Mitgliedern dieser Gesellschaft wohl kaum Eines sich finden dürfte, welches in jener ferneren Zeit in irgend engeren Beziehungen zu ihm gestanden hätte.

Wilhelm Griesinger ist am 29. Juli 1817 zu Stuttgart geboren, woselbst sein Vater Spitalsverwalter war; es ist jedoch bei diesem Titel nicht an Beziehungen zu einem Krankenhause zu denken, vielmehr hatte das Amt einen anderweitigen administrativen Character. In Stutt-

gart besuchte der junge Griesinger das Gymnasium in Gemeinschaft mit seinen beiden, ihm bis zuletzt treu ergebenen Freunden Roser und Wunderlich: alle drei Knaben waren in einer Strasse Stuttgart's geboren. Man weiss aus dem Munde eines dieser Freunde, dass Griesinger auf dem Gymnasium den Ruf hatte, immer der Erste zu sein, ohne doch eigentlich mehr zu arbeiten als die Andern. Im Frühjahre 1834 bezog er die Universität Tübingen; am Ende seiner Studien musste er jedoch einer Studenten-Affaire wegen Tübingen schnell verlassen und ging nach Zürich, um sich unter Schönlein, welcher damals der Züricher Klinik einen ungewohnten Glanz verlieh, weiter auszubilden. Im Jahre 1838 promovirte er in Tübingen mit einer Dissertation über Diphtheritis — die Krankheit, welche einst sein eignes Leben fordern sollte. Nachdem er darauf noch einige Zeit in Paris verweilt, liess er sich 1839 als practischer Arzt in Friedrichshafen nieder. Hier traf ihn eine Aufforderung Wunderlich's, die nachher einen so grossen und nachhaltigen Einfluss auf seine Lebensschicksale ausüben sollte: Wunderlich rieth ihm, sich um die ausgeschriebene Assistenzarzt-Stelle an der Irrenanstalt Winnenthal in Würtemberg zu bewerben. Er folgte dem Rathe, wie denn auch später Herr Wunderlich derjenige blieb, welcher am meisten Einfluss auf seine Entschliessungen ausübte und ohne dessen Beirath kein wichtiger Schritt von ihm unternommen wurde.

In Winnenthal eröffnete sich für ihn eine neue Welt, in die er sich mit voller Hingebung versenkte; mit dem Director der Anstalt, dem Hofrath Dr. Zeller, knüpfte er ein Freundschaftsverhältniss, das bis zuletzt gedauert hat, und oft gedachte er später der in Winnenthal verlebten Tage, als eines der glücklichsten Zeitabschnitte seines Lebens. Auch war es nach seiner Verheirathung eine seiner ersten Sorgen, dass seine Frau mit ihm nach Winnenthal müsse, um diesen ihm lieben Ort und Zeller kennen zu lernen; und wenn er später, in Cairo, verstimmt und niedergedrückt war von den Lasten seiner Stellung, pflegte er wohl den Wunsch auszusprechen, es möge ihm vergönnt sein, später selber einmal in Winnenthal eine Stellung zu finden. Das bis in die späteste Zeit freundschaftliche und herzliche Verhältniss zu Herrn Zeller und dessen Familie ist um so bemerkenswerther, als beide Männer ausserordentlich verschiedenen Anschauungen — namentlich auch auf religiösem Gebiete — huldigten.

Griesinger's Leben und Wirken in Winnenthal kann ich nicht besser schildern als mit den eigenen Worten*) seines ehrwürdigen

*) Briefliche Mittheilung.

Lehrers: „Vom ersten bis zum letzten Tage seines Hierseins war es ein ernstes fröhliches humanes wissenschaftliches Leben, das bei der mannigfachen Verschiedenheit unserer geistigen Grundanschauungen zur fortwährenden wechselvollsten Controverse wurde, ohne dass unser freundschaftliches Verhältniss dadurch je im Mindesten gelitten hätte. Mit dem hohen Mass von geistiger Fassungskraft, das ihm die schnellste Aneignung der ihm eben noch fernsten Gegenstände und die rascheste Verarbeitung des Empfangenen ermöglichte, und mit jugendlich-männlichem Ernst und Feuer warf er sich auf das neue Wissensgebiet. Er suchte keine andere Freude als die Erweiterung seiner wissenschaftlichen Kenntnisse und Erkenntniss und lebte ausschliesslich dem Studium der Psychiatrie und dem Dienste des Hauses, ohne irgend einer neuen Erscheinung und Bewegung auf dem weiten Gebiete der Naturforschung, Poesie, Philosophie und Geschichte seine Aufmerksamkeit zu entziehen . . . . . Es war eine Lust, ihn zur Hülfe zu haben. Ein Wort, ein Gedanke genügte, um von ihm in kürzester Frist eine schriftliche Arbeit zu erhalten, ganz nach der eigensten Intention, so dass ich ihm oft im Scherz sagte, wenn ich der Fürst Metternich wäre, bäte ich ihn mein Cabinetssecretär zu werden. Bei seinem Scheiden von hier sagte er, der seine Gefühle selten aussprach, die Zeit seines Hierseins sei die glücklichste seines bisherigen Lebens gewesen. Ich war überrascht, da ich ihm hier nur Einfaches bieten konnte. Er blieb uns treu und hold, wie wir ihm.“

Nachdem Griesinger zwei Jahre lang (1840 und 1841) in Winnenthal gewirkt und sich dort sogar längere Zeit mit der Idee getragen hatte, selber eine Privatanstalt an einem reizend gelegenen Orte in der Nähe Canstatt's anzulegen — (der dabei hervortretende Sinn für Naturschönheit war ein characteristischer Zug in ihm) — ging er 1842 abermals nach Paris, hielt sich auf dem Rückwege längere Zeit in Wien auf und liess sich dann noch in demselben Jahre in Stuttgart als practischer Arzt nieder. Hier begann er sein Lehrbuch: „Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten“ zu schreiben, das er bereits in Winnenthal vorbereitet hatte, und das 1845 im Druck erschien. Indess schon nach dem ersten in Stuttgart verlebten Jahre traf ihn eine Aufforderung Wunderlich's, zur Zeit Kliniker in Tübingen, zu ihm als sein klinischer Assistent zu kommen; er folgte dem Rufe und fungirte drei Jahre lang als Wunderlich's Assistent, habilitirte sich auch zugleich 1843 als Privatdocent. Im Juli 1847 wurde er zum ausserordentlichen Professor ernannt und das Jahr 1849 brachte ihm einen Ruf nach Kiel als ordentlichen Professor

der Poliklinik und Mitglied des Sanitätscollegiums. In Kiel war er nur vom 1. September 1849 bis zum Anfang Mai des nächsten Jahres; in diese Zeit fällt seine Verheirathung. Bereits am 1. Mai 1850, nach halbjährigem Aufenthalte, gab er die dortige Stellung auf, um einem Rufe nach Cairo als Président du conseil de santé, directeur de l'école de médecine und als Leibarzt des Viceköuigs von Egypten Abbas Pascha zu folgen. Diesen Ruf anzunehmen bewog ihn zum Theil das augenblickliche Daniederliegen des medicinischen Unterrichts in Kiel in Folge des Schleswig-Holsteinschen Krieges, zum Theil die Aussicht, dort auf dem Gebiet der Epidemiologie wichtige Beobachtungen machen zu können, und schliesslich waren auch die in der That glänzenden Anerbietungen bestimmend. Zwei Jahre war er in Cairo, ohne dass er eine ihn befriedigende Wirksamkeit gefunden hätte; die Lage aller wissenschaftlichen Dinge in Egypten war nicht danach angethan, irgend eine erspriessliche Wirksamkeit zu ermöglichen. So kehrte er im Jahre 1852 nach Würtemberg zurück und schrieb nach seiner Rückkehr in Stuttgart die Infectionskrankheiten.

Im Frühjahr 1854 wurde er Professor der inneren Klinik in Tübingen; zugleich trat er in Beziehungen zu der Idiotenanstalt Mariaberg und sammelte dort die reichen Erfahrungen auf dem Gebiete der Idiotie, welche er in der späteren zweiten Auflage seines Lehrbuchs (1861) verwerthete. Eine Erkrankung am Typhus im December dieses Jahres überstand er glücklich, Dank der treuen Pflege seiner Gattin. Im Jahre 1859 ward durch Autenrieth's Pensionirung die Poliklinik in Tübingen vakant und Griesinger's Bestrebungen waren darauf gerichtet, dieselbe mit der stationären Klinik zu verschmelzen, da das Material für letztere so dürftig war, dass er sich oft genöthigt gesehen hatte, mit den Zuhörern auf die Dörfer hinauszugehen, um ihnen nur Kranke zeigen zu können. Seine Pläne fanden indessen Widerstand und Tübingen ward ihm so verleidet, dass er beschloss, den ersten Ruf, der ihn treffen würde, anzunehmen. Ein solcher erfolgte denn auch gleich darauf nach Zürich, wohin er im Frühjahr 1860 übersiedelte. Hier hat er schöne Tage einer befriedigenden Wirksamkeit verlebt; es war wohl seine glücklichste Zeit! — er hatte grosse Freude an seinem Spital, der Zahl seiner Zuhörer, und die ihm gleich bei der Berufung zugesicherte Betheiligung am Baue der neuen Irrenanstalt befriedigte auch seine immer lebendig gebliebene Neigung zur psychiatrischen Wirksamkeit. Die Angelegenheiten des Baues der Anstalt zogen sich durch die ganze Zeit seines Aufenthaltes in Zürich; er war Mitglied einer dafür eingesetzten Com-

mission und der Bau der Anstalt erfolgte ganz seinen damaligen Ideen gemäss. Sein Interesse für den psychiatrischen Unterricht zeigte sich alsbald in der Organisation einer Psychiatrischen Klinik, welche er 1863 in dem alten Irrenhause eröffnete und regelmässig im Wintersemester abhielt. Im Herbste 1864 gelangte zuerst eine private Anfrage an ihn wegen Uebernahme einer ordentlichen Professur in Berlin; im März 1865 kam er nach Berlin und nahm die ihm gebotene Stellung an.

Seine Gesundheit war während des ganzen Aufenthalts in Berlin anscheinend ungetrübt gewesen. Am 2. Juni 1868 erkrankte er zuerst in Wien, wohin er zu einer Consultation gerufen war; wenige Tage nach seiner am 4. Juni erfolgten Rückkehr wurde er unter Erscheinungen, welche auf eine Perityphlitis gedeutet werden konnten, bettlägrig, indess bald schien sich der Zustand wieder zu bessern, er verliess das Bett, fuhr sogar aus, erlitt dann aber einen Anfall von Ohnmacht und musste wieder das Bett hüten, das er seitdem nicht mehr dauernd verlassen. Es entstand im weiteren Krankheitsverlaufe eine Geschwulst in der rechten hypochondrischen Gegend, deren Natur anfangs zweifelhaft schien, welche später aber deutliche Fluctuation zeigte, von Herrn Roser eröffnet wurde und eine grosse Quantität Eiter entleerte. Die Heilung ging danach anfangs gut von Statten; leider aber nahm die Wunde allmälig eine schlechte Beschaffenheit an, es trat Diphtheritis in ihr auf und die Kräfte verfielen zusehends. Um das Mass der Leiden voll zu machen stellten sich, nachdem die Wunde bereits wieder ein besseres Aussehen gewonnen hatte, Lähmungserscheinungen ein, die von Herrn Wilms, welcher den Patienten damals behandelte, als diphtheritische gedeutet wurden — zunächst zur grossen Beruhigung Griesingers, der sich sofort erinnerte, dass er seit einiger Zeit eine Accomodationsstörung bei den Versuchen zu lesen bemerkt hatte. Indess nahm die Lähmung progressiv zu und betraf zuletzt fast alle willkührlichen Muskeln; er war ein gänzlich hülfloser Mann — nur seiner Gattin vermochte er noch mit fast klangloser Stimme und kaum articulirter Sprache sich mühsam verständlich zu machen. Endlich wurden die Respirationsmuskeln von der Lähmung ergriffen, es erfolgte ein länger dauernder Zustand entsetzlicher Suffocation, welcher erst eine Stunde vor dem Tode wieder einer gewissen Erleichterung Platz machte. Als er auf der Höhe der Erstickungsnoth von einem an seinem Lager stehenden Freunde gefragt ward, ob er viel litte, erwiederte er, muthig und ungebeugt wie immer: „es ist allenfalls auszuhalten!" —

So schied er aus dem Leben.

Die Autopsie, welche auf die Bauchhöhle beschränkt werden musste, ergab, dass es sich um einen vom Processus vermiformis ausgegangenen, jetzt in Verheilung begriffenen, Abscess gehandelt habe; eine Perforationsöffnung des Proc. vermif. war noch deutlich nachweisbar.

Lassen Sie mich nun, meine Herren, die Hauptmomente der Wirksamkeit des Mannes vor Ihnen entwickeln, dessen vielbewegtes Leben ich Ihnen in einem schmalen Rahmen zusammengedrängt vorgeführt habe. Nicht, als ob ich im Stande und Willens wäre, seiner Thätigkeit nach allen Richtungen hin gleichmässig zu folgen; es würden dazu umfassendere Studien gehören, als ich sie zu machen im Stande war — nur die Seite seiner Wirksamkeit, welche für diese Gesellschaft von hervorragendem Interesse ist, lassen Sie mich, im Zusammenhange mit den angeborenen Anlagen und der ganzen Geistesrichtung des Mannes, näher beleuchten.

Griesinger's erste selbständige Studien fallen in eine Zeit, in welcher die deutsche Medicin eben begonnen hatte, sich von der Philosophie zu emancipiren und einen ebenbürtigen Rang neben den übrigen Naturwissenschaften zu erringen suchte; Schönlein war es, der die neue Fahne hoch trug, welcher auch Griesinger begeistert folgte. Schönlein hatte zuerst wiederum den Weg der einfachen Naturbeobachtung eingeschlagen und, so lange er sich am Krankenbette beim practischen Handeln befand, die Speculation weit von sich gewiesen; fern vom Krankenbette indess, auf dem Katheder, erschien er noch als ein anderer: er war erfüllt von Theorien, die immer noch ein fast naturphilosophisches Gepräge trugen und die er, man muss es glauben, in voller Ueberzeugung vortrug, trotzdem das ihm eigene, seinen Mund so oft umspielende, in höherem Sinne ironische Lächeln zuweilen Zweifel erwecken konnte, wie er es denn eigentlich meinte. Wenn ich hier Schönlein's erwähne, so geschieht es um zu zeigen, dass Griesinger, als junger Mann in seinen Studien von ihm beeinflusst, auch noch von einem Reste dieser Betrachtungsweise der Naturvorgänge angeweht war. Freilich äusserte sich dies bei ihm vorzugsweise auf einem anderen Gebiete, welches Schönlein selbst ganz fern gelegen hatte, auf dem der Psychiatrie, während in seiner Behandlungsweise der anderen, sogenannten körperlichen Krankheiten, kaum noch Spuren davon zu erkennen sind. Trotzdem sich Griesinger vollständig bewusst war, wie nur auf dem Wege der Beobachtung und des Versuches in den Naturwissenschaften vorwärts zu kommen sei und trotzdem er selbst fortdauernd diesen Weg gewandelt

— man lese nur die feinen Bemerkungen über die Diagnostik der Hirnkrankheiten*) — steckte doch in ihm ein stark aprioristisches und speculatives Element, welches sich unter dem neuen Gewande der sogenannten physiologischen Heilkunde verbarg. Immer geistvoll hatte er bereits im Jahre 1843 versucht,**) Analogien nachzuweisen zwischen gewissen einfachen physiologischen und den Seelenvorgängen; so brachte er z. B. — um nur eins zur Erläuterung einer solchen Betrachtungsweise hervorzuheben — die Vorgänge beim Streben und Wollen in Analogie zu den Vorgängen im wirklichen musculo-motorischen Nervensystem und fand beim Streben dieselben Categorien wieder, die als allgemeine Ausdrücke gewisse Zustände der Muskelbewegung bezeichnen: Ermüdung und motorische Lähmung (Willensschwäche und Willenlosigkeit); tonischer Krampf (einseitig festgehaltenes Streben mit sonstiger Unbeweglichkeit); convulsivische Bewegung (krankhaft losgelassene Triebe, Begehrlichkeit, Thatensucht) u. s. w. Auf diese speculativen Betrachtungen legte er einen grossen Werth, während wir gegenwärtig sagen müssen, dass es sich doch hierbei kaum um Analogien, sondern nur um Vergleiche handelt und dass ein wirklicher Fortschritt des Wissens auf solchem Wege nicht zu erreichen ist. Ja wir sind jetzt eher misstrauisch geworden gegen derartige immerhin geistvolle Betrachtungen, in so fern wir die Gefahr kennen, dass durch sie leicht der Schein des Wissens vorgetäuscht wird.

Dieses speculative, philosophische Element machte sich fast bei allen seinen späteren Leistungen geltend und verschaffte ihm da, wo er es gleichzeitig mit wohl erworbenen Thatsachen zu thun hatte, ein unbestrittenes Uebergewicht. Vor Allem war es diese Eigenschaft, welche ihn in so hohem Grade befähigte, das Allgemeine in der grossen Reihe der einzeln beobachteten Thatsachen zu erkennen; welche ihn in den Stand setzte, die Thatsachen unter allgemeine Gesichtspunkte zu ordnen und so ein vom Geiste belebtes Ganze zu schaffen. So war er von seiner innersten Natur selbst darauf hingewiesen, in seiner schriftstellerischen Thätigkeit vorzugsweise dem Lehrbuche sich zu widmen und man muss sagen, dass seine glänzendsten Eigenschaften gerade hierin am Meisten hervortreten. Von dieser Anlage aus ist es auch erklärlich, dass er schon als ganz junger Mann, nach einer relativ

*) Archiv für Heilkunde. 1862.

**) Archiv für Physiol. Heilkunde. 2. Jahrgang p. 76; auch 3. Jahrgang p. 69.

kurzen — nur zweijährigen — Beobachtungszeit im Stande war, sein Lehrbuch der Psychiatrie zu schreiben, mit welchem frühere Werke auch nicht im Entferntesten zu vergleichen sind und das zum ersten Mal eine wirklich wissenschaftliche Darstellung des Gesammtmaterials gab. Wenngleich der psychologische Standpunkt, auf welchem die Darstellung wesentlich basirt, heut kaum noch als ein berechtigter anerkannt werden kann, so dürfte es doch andererseits auch heut noch schwer sein, von einem anderen Standpunkte aus in gleich einheitlicher Weise die inzwischen reichlicher und besser bekannt gewordenen Thatsachen zusammenzufassen. So muss sein, durch die spätern Errungenschaften bereichertes in zweiter Auflage (1861) erschienenes Werk*) noch heut als das beste Lehrbuch der Psychiatrie angesehen werden. Das Gleiche gilt, falls ich meinem Urtheil darin glauben darf, von seinem Lehrbuche der Infectionskrankheiten.

Den Weg des pathologischen Experimentes, welcher der neuesten Zeit angehört, hat er nie betreten, ebenso wenig entsprach es wohl seiner Neigung und Anlage, eine anderweitige grössere Detailuntersuchung durchzuführen, um ein einzelnes bestimmtes Problem zu lösen. Recht charakteristisch in gewisser Beziehung und für seine ganze geistige Richtung erscheint es mir demnach, dass er, wie ich einmal aus seinem Munde hörte, am liebsten vergleichender Anatom geworden wäre: es reizte ihn offenbar hierbei vorzugsweise dem allgemeinen Plane nachzugehen, welcher der mannigfachen Formenreihe der Geschöpfe zum Grunde liege. Seine ganze wissenschaftliche Individualität hatte eher etwas Contemplatives, als dass er den unwiderstehlichen Reiz des Naturforschers empfunden hätte, die ganze Kraft seines Denkens der Erforschung einzelner neuer Thatsachen zuzuwenden; er ergriff jede neue Thatsache mit Begeisterung, aber sogleich im Hinblick auf das Allgemeine und der Reiz des Besondern ging in dem überwiegenden Interesse an dem Allgemeinen zwar nicht zu Grunde, wurde aber doch davon in den Hintergrund gedrängt. Als einen Ausfluss dieser Anlage glaube ich auch seine Neigung anführen zu dürfen, im Beginne eines jeden Semesters seine allgemeinen Anschauungen, je nach den Veränderungen, welche sie inzwischen durch neue Thatsachen erfahren hatten, in einer Vorlesung zusammengefasst vorzutragen; ebenso hatte er — wenigstens in der psychiatrischen und Nervenklinik — eine entschiedene Vorliebe, von den allgemeinen Krankheitsbildern auszugehen und daran den besonderen Fall anzuknüpfen.

---

*) Es ist neuerdings in das Französische und Englische übertragen worden.

Im Ganzen darf man wohl sagen, seine ganze geistige Anlage war nicht ganz congruent derjenigen des Naturforschers, wie wir ihn meistentheils heut zu Tage zu sehen gewohnt sind, sein Genie hatte gleichzeitig etwas von dem des Philosophen und Historikers. So hing es denn auch sicher mit seiner innersten Natur zusammen, dass er, wie ich aus seinem eigenen Munde weiss, als seinen höchsten Wunsch bezeichnete, einmal nach einer Reihe von Jahren an einem stillen abgeschiedenen Orte — er nannte Rheinau — allein, nur seinen eigenen Betrachtungen hingegeben, in philosophischer Ruhe und Beschaulichkeit zu leben. Ich hielt diese Aeusserung damals für nicht ganz ernsthaft gemeint, indess seine Gemahlin hat mir nach seinem Tode das Gleiche von ihm versichert.

Zu den genannten Anlagen kam noch ein entschieden poetischer Zug: schon seine Darstellungsweise, in der Form vollendet, hat oft etwas Schwunghaftes, hervortretend aber war dieser Zug nicht selten in Gesprächen und konnte dann seinem Gesichtsausdrucke ein eigenthümliches, sonst nicht gewohntes, verklärtes Ansehen geben. Nicht selten verlieh er auch seinen Empfindungen eine poetische Form und kaum nahm er jemals am Ende einer Ferienreise von der Schweiz Abschied, ohne seiner Trauer und der Sehnsucht nach der Herrlichkeit ihrer Natur in einem Gedichte Ausdruck zu geben. Dieses dichterische Element, im Zusammenhange mit seiner übrigen Begabung betrachtet, könnte uns fast dazu führen, eine gewisse Familienähnlichkeit zwischen ihm und dem grossen schwäbischen Dichter, seinem Landsmanne, zu finden.

Vielleicht war die oben geschilderte Anlage für kein Gebiet der Medicin glücklicher, als für das, welchem er sich — zwar mit Unterbrechungen — aber doch stets mit Vorliebe widmete und welches er bei allen übrigen Beschäftigungen nie aus dem Auge verlor: „das stille Ufer, an dem der Strom der psychischen Erscheinungen vorüberrinnt.“*) Die Psychiatrie, eben erst im Begriff, sich den übrigen Zweigen der Medizin an die Seite zu stellen, arm, oft bettelarm an Thatsachen, forderte vielfach gradezu den aprioristischen Gedanken heraus, sollte nur einigermassen Ordnung in das Chaos gebracht werden; Niemand darf von diesem Gesichtspunkte aus Tadel dagegen erheben, sofern nur die bekannten Thatsachen selbst in ihrem Rechte gewahrt wurden. Und Letzteres ist von Griesinger immer in vollem Masse geschehen. Zu tadeln sind nur diejenigen, denen es obliegt,

*) Archiv f. Psychiatrische Heilkunde. II p. 76.

neue Thatsachen zu sammeln und die — das Thatsächliche von dem Gedanken nicht scheidend — die Unbefangenheit der Beobachtung einbüssen; dies war bei Griesinger niemals, dauernd wenigstens niemals der Fall. Gedanken aber waren es, die er in Fülle besass und ausstreute und die der Psychiatrie ebenso mangelten wie die Thatsachen; Gedanken, welche, auch wenn spätere Thatsachen nicht damit übereinstimmten, dennoch fruchtbringend waren, in sofern die weitere Erforschung der letzteren dadurch angeregt wurde.*) Indem er so einerseits die vorhandenen Thatsachen zum ersten Male in einer wirklich wissenschaftlichen Weise zusammenfasste und die Psychiatrie mit zahlreichen eigenen fruchtbringenden Ideen bereicherte, bildet er einen Markstein für die Entwicklung der Psychiatrie.

Aber nicht befriedigt damit, nur auf literarischem Wege seiner Wissenschaft zu dienen, sehen wir ihn von Anfang an darauf hinarbeiten, die jüngere Generation mit diesem neuen Gebiete bekannt zu machen. Ueber zehn Jahre lang hielt er neben seinem sonstigen Berufe als innerer Kliniker Vorlesungen über Psychiatrie und nahm, so oft sich Gelegenheit bot, Fälle psychischer Erkrankung in seine Klinik auf, um sie zum Gegenstande klinischer Demonstration zu machen (vergl. Vorrede zur 2. Auflage); später hielt er in Zürich mit gleichem Eifer während des Winters eine psychiatrische Klinik ab. Gekrönt wurde sein Streben, den psychiatrischen Unterricht auszubilden und zu vervollkommnen, als ihm bei der Uebersiedlung nach Berlin auf sein ausdrückliches Verlangen auch eine Klinik für Nervenkrankheiten errichtet wurde, die zuletzt einen integrirenden Bestandtheil seines psychiatrischen Unterrichts bildete. Zwar war es schon wiederholt ausgesprochen worden und zwar von solchen, die den Sinn der Sache verstanden und Anderen, die es nachsprachen ohne es zu verstehen, — ich sage, es war schon wiederholt ausgesprochen worden, dass die sogenannten psychischen Krankheiten nur einen Theil der übrigen Krankheiten des Nervensystems bilden. Von Niemand aber war der innige Zusammenhang beider Gebiete so tief verstanden, so energisch betont und so deutlich demonstrirt worden als von ihm, und er war der erste, der nunmehr auch äusserlich für alle Welt sichtbar und hoffentlich für immer diesen Zusammenhang fest zu knüpfen im

*) Ich erinnere hier nur beispielsweise an den von Griesinger durchgeführten Gedanken, dass die Zustände der Verrücktheit stets secundäre, aus primären melancholischen hervorgegangene seien — eine Vorstellung, die er selbst, so wie bestimmte Thatsachen sich dagegen erhoben, fallen liess, welche aber dennoch befruchtend gewirkt hatte.

Stande war: wovon Andere geredet, er hat es gethan; es ist eine That, deren segensreiche Folgen für Wissenschaft und Praxis noch unberechenbar sind und um welche uns das Ausland mit Recht beneidet.

Wenn er durch diese Neuerung das Studium der wissenschaftlichen Psychiatrie mächtig gefördert, so war eine andere Neuerung, welche er einführte, von nicht geringerer Wichtigkeit für die practisch-forensischen Aufgaben der Psychiatrie. Auf seine Anregung hin wurde es fortan gestattet, dass bei Fällen von zweifelhaften Gemüthszuständen die wissenschaftliche Deputation für das Medicinalwesen — bekanntlich die höchste Instanz für die einschlagenden Fragen — nicht bloss aus den Acten urtheilte, sondern dass dem Begutachtenden gestattet wurde, das angeklagte Individuum persönlich zu untersuchen und auf Grund dieser persönlichen Untersuchung und Beobachtung sein Gutachten abzugeben. Ueber die Zweckmässigkeit, ja Nothwendigkeit dieser Massregel brauche ich wohl an dieser Stelle nicht weiter zu reden; besonders vortheilhaft war dabei noch, dass die betreffenden Individuen behufs dieser Untersuchung und Beobachtung der Irren-Abtheilung der Charité übergeben wurden und so auch für Material zum Unterrichte in dem wichtigen Zweige der gerichtlichen Psychiatrie gesorgt wurde.

Wenn ihm alle diese Bestrebungen gewiss nicht ohne mannichfaltige Mühen geglückt sind, so waren die Mühen, welche ihm gewisse Reformen in der Behandlungsweise der Irren machten, ungleich grösser. In Folge eines wiederholten Aufenthaltes in England war er durchdrungen von der Zweckmässigkeit des sogenannten No-restraint Systems, das theils in Folge des natürlichen Trägheitsmomentes in den Menschen, theils aus gänzlicher Unkenntniss von seinem Wesen, auf dem Continente nur ganz vereinzelt Eingang gefunden hatte. Meine Herren! Es war ein mühevolles Werk, und oft schien es, als ob er den Stein des Sisyphus wälze! Der Hindernisse waren unzählige, von Menschen und Sachen, und schwer zu überwindende; ich will hier nicht näher darauf eingehen, um so weniger, da auch er es nicht für angemessen gehalten, das Detail dieser Schwierigkeiten zu erörtern, die übrigens immer und überall dieselben sind. — Es ward fernerhin keine Zwangsjacke mehr in der Irren-Abtheilung der Charité angezogen, kein Kranker mit Riemen befestigt — und dies Resultat ist einzig und allein seiner, von einer wohlwollenden Verwaltung unterstützten, ausdauernden Festigkeit und Zähigkeit zu verdanken.

Bis hierher ging insofern noch Alles gut, als er nur gegen mehr äussere Hindernisse zu kämpfen hatte. Nun aber sollte ein weit ern-

sterer, ihn weit tiefer berührender Kampf beginnen gegen die eigenen Fachgenossen. Sein erster Aufsatz über „Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland" versetzte die Irrenärztliche Welt in die grösste Aufregung; manche Irrenärzte, die ihre Anstalten als die höchste Blüthe psychiatrischer Therapeutik und irrenärztlicher Pflege betrachtet hatten, fühlten sich in einem ruhigen Besitze gestört; man hatte ihre Autorität angetastet, der sich doch sonst in dem kleinen Kreise, in welchem sie sich für gewöhnlich bewegten, Alles beugte. Und wer war dieser Mann, der das bisherige System der Irrenverpflegung anzugreifen wagte? Ein Professor der Medicinischen Klinik, der zwar, obwohl er bloss zwei Jahre Assistent in einer Irrenanstalt gewesen war, auch etwas Psychiatrie verstand, der aber doch niemals als Director einer Provinzial- oder Landes-Irrenanstalt angestellt gewesen war, ein Theoretiker, ein Idealist! — Meine Herren, wo ist dieser Vorwurf nicht gehört worden, wenn es sich um die Durchführung einer grossen und guten Sache handelte! es ist immer dasselbe Bild — die Armuth an Ideen deckt sich mit dem Schilde angeblicher Erfahrung — Erfahrung! als ob wirkliche Erfahrung, solche, welche diesen Namen verdient, nicht einzig und allein der machen könnte, in dem auch Ideen wirksam sind! Man kann Jahrzehnte lang das grösste Beobachtungsmaterial zur Disposition haben, ohne eine einzige wirkliche Erfahrung zu machen; man kann lange Director einer Irrenanstalt sein, ohne durch die Erfahrung zu irgend einem allgemeinen Gedanken gekommen zu sein. Welch' Theoretiker, welch' Schwärmer und Idealist war Pinel, als er an die Beseitigung der Ketten ging! man hätte nur die erfahrenen Leute seiner Zeit fragen sollen, sie würden sein Werk gewiss verhindert haben.

Die Gegner Griesinger's bewegten sich in wunderlichen Widersprüchen. Einmal erklärte man seine Ideen für alt, schon oft ausgesprochen und für nichts Besonderes; dann wieder bekämpfte man sie als Umsturzideen, die den ganzen mühsam errichteten Bau der psychiatrischen Errungenschaften zu vernichten geeignet wären, namentlich, wenn sie an solcher Stelle ausgesprochen würden. Und wenn man eben noch mit dem einen Athemzuge dagegen geeifert hatte, so versicherte man mit dem andern bereits wieder, dass man ja selbst Reformen nicht abgeneigt sei, nicht zu den Reactionären und Zopfträgern gehöre u. s. w. — nur dürfe man nicht so vorgehen wie Griesinger, der sich über alle Anderen mit dem Anscheine des Besserwissens hinwegsetze. Sie werden nicht wünschen, meine Herren, dass ich den Kampf, der sich nun entspann, im Einzelnen verfolge. Eines

aber fühle ich die Verpflichtung zu sagen: meiner Ueberzeugung nach, die sich auf eine erneute aufmerksame Lectüre seiner Reformvorschläge gründet, ist Griesinger nicht derjenige gewesen, welcher die Gehässigkeit persönlicher Dinge hervorgerufen oder in den Kampf hineingezogen hat; erst als er so angegriffen wurde, hat er mit gleichen und schärferen Waffen erwiedert; vielleicht war es unklug; wer aber wollte über die Gefühle eines persönlich schwer Gekränkten zu Gericht sitzen!

Es ist vielleicht nicht ganz bekannt, wie viel Mühe es sich Griesinger hatte kosten lassen, seine Anschauungen zu vervollkommnen und zu festen Ansichten zu gelangen, mit welcher jugendlichen Frische und Lebendigkeit, die ihn bei allem seinen Thun charakterisirte, er auch diese Sache angriff. Während ein Theil seiner Gegner kaum von der Scholle fortgekommen war und niemals die Wichtigkeit einer eigenen Anschauung der Dinge und Verhältnisse, um welche es sich handelte, begriffen zu haben scheint, liess er es sich selbst keine Mühe verdriessen, durch wiederholte, nur zu diesem Zwecke unternommene Reisen nach England, Belgien, Frankreich u. s. w. ein auf eigene Wahrnehmung gegründetes Urtheil sich zu verschaffen; mit allen hervorragenden Irrenärzten trat er in persönlichen Verkehr, er correspondirte über die Frage der Irrenpflege mit den Aerzten Amerikas, und überall war er dort, wo es eine neue Erfahrung zu machen gab. Dieser Theoretiker, wie Viele ihn zu nennen beliebten, hatte doch den Werth der Erfahrung ganz anders begriffen, als die, welche sich ihrer practischen Fähigkeiten zu rühmen nicht müde wurden. Bei keiner seiner Leistungen war vielleicht die Erfahrung so sehr die Grundlage, wie bei diesen Reformvorschlägen. Er hatte gesehen, wie in den Irrenanstalten eine grosse Zahl von Individuen sich befand, welche fähig waren, ein weniger beschränktes Leben als das einer Irrenanstalt zu führen, ja, denen das Anstaltsleben gradezu feindlich war. Diese Wahrnehmung, welche wir alle bestätigen können, hatte gleichmässig sein Gemüth und seinen Verstand ergriffen und das erstere wurde die unerschöpfliche Quelle seiner Begeisterung für die freieren Verpflegungsformen gewisser Categorieen von Geisteskranken.

Bei den Vorschlägen für die von ihm sogenannten klinischen und Stadtasyle leitete ihn die tiefe Ueberzeugung, dass nur durch den klinischen Unterricht eine Verallgemeinerung psychiatrischer Kenntnisse erreicht werden könne und dass nur, wenn die frischen Erkrankungen von vorn herein richtig aufgefasst und behandelt würden, indirect eine Abnahme der Unheilbaren zu erreichen sei. Diese Asyle sollten

sich daher möglichst dem Character gewöhnlicher Krankenhäuser nähern und eine schnelle, von allen lästigen Formalitäten freie Aufnahme heilbarer oder nur transitorisch in einem acuten Zustande sich befindender Kranken ermöglichen.

Es ist richtig, dass Vieles von dem, was er wollte, nicht neu und schon öfter ausgesprochen war — aber das ihm zum Vorwurfe machen, zeigt von gröblichem Unverständniss. Welcher gute Gedanke wäre nicht schon einmal gedacht und ausgesprochen worden! — darauf aber kommt es in der Welt an, wann und wo, wie und von wem etwas gesagt oder gethan wird! — sonst könnte es wohl kommen, dass uns Jemand die ganze Wahrheit entgegen trüge und wir gingen kalt an ihm vorüber. Dass ein Mann zur rechten Zeit und in einer Stellung, von der aus er gehört wird, in rechter Weise das rechte Wort sagt, das giebt ihm seine Bedeutung, ist seine Grösse, selbst wenn hundert Andere schon vor ihm dasselbe gesagt und gethan hätten — so war es bei Griesinger. Wie richtig er vorausgesehen hatte, tritt schon jetzt hervor: ein neuer Aufschwung, ein frischer Zug ist plötzlich in die Frage der Irrenverpflegung gekommen, wie es noch nie vorher der Fall gewesen; bald wird man die Opposition nicht mehr begreifen, die ihm gemacht wurde, und seine Gegner werden die ersten sein zu versichern, dass sie eigentlich im Grunde immer seine Ansichten getheilt hätten. Er selbst wusste, was ihm bevorstand und lächelnd pflegte er zu sagen: was müsste das für eine schlechte Sache sein, die auch solche Angriffe nicht ertragen kann! — Er, den man einen Theoretiker und Idealisten schalt, hat in der kurzen Zeit seiner Wirksamkeit practische Dinge zu Stande gebracht, wie keiner vor ihm: er hat eine Nervenklinik gegründet und in Verbindung mit der psychiatrischen Klinik gebracht; er hat unter den schwierigsten äusseren Verhältnissen das No-restraint durchgeführt und der Irren-Abtheilung der Charité dadurch einen neuen Character gegeben; er hat die persönliche Untersuchung bei zweifelhaften Gemüthszuständen in der höchsten Instanz eingeführt und er hat endlich — im Gegensatz zu vereinzelten früheren Bestrebungen — durchdachte und zusammenhängende practische Vorschläge zu einer Reform des Irren-Anstalts- und -Verpflegungswesens gemacht, an deren Durchführung er nur durch den Tod gehindert wurde. Dieser Mann, den die „Practiker", wie sie sich ihm gegenüber so gern nannten, nur halb als Fachgenossen betrachteten, hatte allerdings etwas in sich, was Vielen dieser abging und was die grosse Wirkung, welche seine Worte übten, erklärt: eine mächtige Begeisterung für seine Ideale

und einen eisernen Willen, sie zu verkörpern, den nur der Tod vernichten konnte.

Während seiner langen qualvollen Krankheit beschäftigte ihn nur Eins: die Zukunft des Irrenwesens; noch in den letzten Tagen gab er, wie oft, dem Gedanken Ausdruck, dass er mit seinen Ueberzeugungen sterbe; er wollte, dass Jedermann es wisse.

Und so lassen Sie mich denn schliessen mit den Worten des Dichters, die er einen Tag vor seinem Tode mit schon ersterbenden Lippen citirte:

Ein Posten ist vakant! — die Wunden klaffen —
Der Eine fällt, die Andern rücken nach —
Doch fall ich unbesiegt, und meine Waffen
Sind nicht gebrochen. — Nur mein Herze brach.

Aus der

Rede auf W. Griesinger

am

17. November 1868

in der

medicinisch - psychologischen Gesellschaft zu Berlin

gehalten von

Prof. Dr. M. Lazarus

geben wir in Uebereinstimmung mit dem Wunsche des Herrn Verfassers nur den zweiten Theil, welcher die psychiatrische Wirksamkeit Griesinger's behandelt. Im ersten Abschnitte der, vollständig im Drucke erschienenen, Rede*) characterisirte der Herr Vortragende in lebendiger Weise die Individualität des Verewigten. —

Wir haben das Wollen Griesinger's auf dem Gebiete der Wissenschaft gerühmt, auch seines Könnens müssen wir noch gedenken; mit seinem Streben müssen wir seine Leistung vergleichen, nicht um sein Verdienst, sondern um den Gewinn zu erkennen, den sein Schaffen uns hinterlassen hat.

Bekanntes über seine psychiatrischen Leistungen darf ich bei Ihnen allen voraussetzen; doch auf die Geschichte seiner Psychiatrie und die historische Stellung derselben einen Blick zu werfen, kann ich nicht umhin. Mir sieht die Sache nicht ganz so aus, wie sie dem Vorredner erschienen ist. Vor Allem ist es nicht der allgemeine, philosophische Sinn, der war es nicht, der ihn gehindert hat, viel weiter vorzudringen auf dem eigentlichen Boden der Thatsachen. Vielmehr liegt die Sache genau so: stellen wir uns heute die ganz abstracte Frage: wie verhält sich die Psychiatrie als Wissenschaft zu dem, was wir uns im Vergleich mit anderen Theilen der Medicin als das Ideal einer solchen Wissenschaft vorstellen? so werden wir unbedingt sagen: sie steht noch sehr niedrig. Ich sage das ganz absolut, wenn man so ganz abstract fragt.

*) Berlin 1869. Verlag von Aug. Hirschwald.

Anders ist die Sache, wenn wir es concret nehmen. Es ist bereits hervorgehoben worden. dass doch sein Lehrbuch bis heute als das beste gilt, als dasjenige, welches aus der Masse gleichzeitiger und späterer Werke immer noch hervorgehoben wird als das vorzüglichste sowohl für die Praktiker, als für Universitätslehrer; es giebt eben noch kein besseres. Die von ihm aufgestellten oder festgehaltenen Kategorien sind immer noch in der praktischen, wie in der forensischen Medicin am meisten die gültigen.

Aber nicht ist das Wesentliche, dass bloss relativ es das bessere ist, sondern dass sein psychiatrisches Werk einen sehr bedeutenden Fortschritt über das herbeigeführt hat, was vor ihm existirte.

Und vor Allem ist dieser Fortschritt nicht trotz seiner philosophischen Neigung, sondern durch dieselbe am meisten herbeigeführt; herbeigeführt vor Allem dadurch, dass er überhaupt zum ersten Male eine Theorie des psychologischen Geschehens in die Medicin hineingezogen hat. Eine Theorie, welche fruchtbar und bildsam war, allerdings von einem Philosophen ausgehend, aber doch für die Medicin, für die praktische Psychologie damit gewonnen. Was haben denn die unphilosophischen Mediciner geleistet? was konnten sie leisten? Denken wir uns doch nur den Zustand, in welchem sich die Ansicht und Einsicht vom geistigen Leben überhaupt damals befunden hat, wenn man von Herbart und seiner Schule absieht. Da herrscht bei Aerzten wie Laien allgemein die bekannte Vermögenstheorie; d. h. nichts anderes, als dass man von psychischen Prozessen noch gar nichts weiss, von psychologischen Gesetzen noch gar nicht spricht, dass also auch von einer Analyse des geistigen Geschehens, wie es im einfachen, populären Bewusstsein erfasst wird, noch gar keine Rede sein kann. Umgekehrt, bei der Betrachtung des Mannichfaltigen und Vielgestaltigen im Seelenleben fasst man nur vieles Gleichartige (oder was so erscheint) unter einem allgemeinen Namen zusammen, und sagt: dieses Alles zu können, habe der Mensch besondere Kräfte. So giebt es einen Verstand, eine Vernunft, Begehrungsvermögen u. s. w. Wenn nun aber eine Erkrankung stattfindet, was geschieht denn da? — Da hatten wir vor Allem den grossen Streit, ob überhaupt der Geist erkrankt oder nicht? Dann hatten wir Antworten wie die: der Verstand war stark und ist schwach geworden, er war normal und ist abnorm u. dgl. m.

Meine Herren! Mit solchen Begriffen lässt sich irgend eine praktische Erkenntniss gar nicht verbinden, denn es ist keine Analyse dessen, was wir vor uns haben, damit möglich. Wenn wir nicht erst

einzelne Prozesse auffassen und einfache Gesetze erkennen, so ist eine wirkliche Erkenntniss eines gegebenen Complexes von Erscheinungen undenkbar. Eine solche Theorie der psychischen Prozesse war aber eben nur von Herbart aufgestellt, und Griesinger führt es in der Vorrede seines Werkes als das erste an, dass er eben diese hereingenommen habe. Ohne eine solche Theorie war es dem Empiriker Heinroth eben möglich, alle psychische Krankheit auf die Sünde und auf die Lüge zu schieben.

Uebrigens was hat denn die Empiriker damals gehindert, eine andere oder eine bessere Theorie als die des Philosophen aufzufinden? was hindert sie bis heute und wo sind ihre Leistungen?

Aber auch innerhalb der Medicin überhaupt lag die Sache zu jener Zeit keineswegs so, dass Philosophie die Köpfe gehemmt und gehindert hätte. Ist nicht Schönlein von der Philosophie, und wahrlich nicht von der besten Art, nämlich von der Naturphilosophie ausgegangen? hat er nicht auf gut naturphilosophisch angefangen, und ist doch schnell dahin gekommen, die wahre Erkenntnissweise, d. h. wie er sie nennt, die contemplative, die auf wirkliche Anschauung basirte zu suchen. Was die Leute damals wirklich gehindert hat, war das allgemein Geltende, waren Anschauungen wie Rademacher sie gelehrt hatte, Rademacherei, Gedankenlosigkeit, rohe, gemeine, unwissenschaftliche Empirie.

Das war es, was auch die Psychiatrie nicht hatte zum Charakter der Wissenschaft gedeihen lassen: dass man äusserlich und oberflächlich den einzelnen Kranken sich ansah und wenn man es weit brachte, ihn rubricirte. Also mit der analytischen Erkenntniss musste überhaupt erst begonnen werden; das aber ist ohne Kategorien des Geschehens, welche Organe der Beobachtung werden, ja undenkbar. Freilich ist der Fortschritt dann ein ziemlich langsamer gewesen. Ja mit einer rein psychologischen Theorie würde man in der Psychiatrie überhaupt nicht zum Ziele kommen. So lange man immer von den Nerven allein und von der Seele allein, von Denken und Geist auf der einen und dem Körper und seinen Organen auf der anderen Seite handelt und die Verbindung beider nur als eine Art von Räthsel auffasst; so lange wir nicht den fort und fort zwischen ihnen sich vollziehenden Process, die Auslösungen desselben ins Auge fassen: so lange kann weder die Psychologie, noch die Nervenlehre Fruchtbares und zum Ziele führendes für die Psychiatrie zu Stande bringen.

Das also, was wir bedürfen und worauf wir hoffen — oder wagt Jemand heute schon von mehr als von blossen Hoffnungen der Psy-

chiatrie zu reden? — das sind die Forschungen der Psychophysik. Waren diese Forschungen vor der Psychologie überhaupt denkbar? Doch ich lasse diese Frage und stelle die wichtigere: Haben nicht diese Studien an psychologische Theorien sich angelehnt? ist nicht das Hauptwerk von Fechner unmittelbar an Herbart's Theorie angeknüpft?

Uebrigens war es noch ein zweites, sehr wesentliches Verdienst, das sich Griesinger um die Psychiatrie erworben hat — welches der Mediciner am wenigsten vergessen sollte — dass er nämlich die pathologische Anatomie mit derselben verbunden hat. Nicht als ob ich meinte, dieselbe wäre für die Krankheitslehre oder gar für die Heilmethode schon sonderlich fruchtbar gewesen; aber davon ist unabhängig, dass dies Studium für die Entwickelung der Psychiatrie unerlässlich war und immer mehr bleiben wird. Wer will es läugnen, dass alle physischen Forschungen ohne Ausnahme für die Psychiatrie, speciell für ihre Therapie bisher so unfruchtbar gewesen, wie jemals eine rein philosophische Behandlung der Frage es sein konnte? Das aber hindert wenigstens keinen Philosophen, die allseitige materielle Erforschung als unerlässlich und als Bedingung für künftige Fortschritte zu betrachten.

Am wichtigsten bleibt es auch hier, zu sehen, wie damals, beim Erscheinen der ersten Auflage von Griesinger's Werk die Sache lag. Er konnte damals in der Vorrede im vollwichtigen Bewusstsein einer Leistung hervorheben, was uns heute als ein Ruhm, als ein Bedeutendes anzusprechen völlig fremd geworden, weil völlig selbstverständlich geworden ist. Es sei von ihm, sagte er, versucht worden, die Therapie mit der Pathologie in engere Verbindung zu bringen, als bis dahin geschehen.

Nun denke man sich also den Zustand der Therapie, der da gewesen sein muss, wenn als ein Versuch hingestellt wird, sie mit der Pathologie in engere Verbindung zu bringen. Wie verschieden sich heute Theorien auch gestalten mögen: Therapie ohne stetige Beziehung auf Pathologie, diese ohne Beziehung auf Physiologie, d. h. die Kenntniss der kranken und abweichenden ohne die Vergleichung mit normalen und gesunden Prozessen ist uns undenkbar. Für die Bearbeitung der Seelenkrankheiten bedarf es einer Physiologie der Seele und dies ist eben die Psychologie, und diese war eben schon im zweiten Zehent unseres Jahrhunderts naturwissenschaftlichen Forderungen entsprechend geschaffen, aber erst von Griesinger mit der Medicin verbunden worden. Hoffen wir, dass es hier nicht anders

gehe, als wie es auf dem Gebiete der Physiologie (des leiblichen Organismus) gegangen ist: von dem pathologischen, medicinischen Interesse ursprünglich erzeugt, ist die Erforschung der gesunden Prozesse stetig durch die Beobachtung und Erforschung der kranken Prozesse begleitet und bereichert worden. Möchte auch die Psychologie durch die Psychiatrie erweitert und vertieft werden.

In diesem Sinne hat Griesinger das Gebiet derselben hier in Berlin von Neuem vorzugsweise ergriffen. Es war ein Act ethisch werthvoller Selbstbeschränkung, dass er die Poliklinik und den entsprechenden Lehrzweig aufgab, um jenes Feld desto energischer zu bearbeiten. Nicht blos der praktischen Seite, auf welcher er zu neuen Ueberzeugungen gelangt war, sondern dem Fortbau an der Theorie hat er ganz sich widmen wollen.

Nun giebt zwar das neue Archiv, welches er gegründet hat, Zeugniss davon, dass er auf den Punkt gekommen war, die psychischen Krankheiten überhaupt nur als einen Theil der Nervenkrankheiten zu behandeln. Allein in seinen Händen hatte diese Auffassung keine Gefahr; hatte er doch überall ausgesprochen, dass sie „mit dem Verständniss der krankhaften Seelenerscheinungen gepaart" sein müsse. An und für sich aber schliesst dieses Princip allerdings eine Gefahr ein, die nemlich, dass man die psychologische Seite wiederum vernachlässigte. Dann aber würde man von einer exacten und einer erfolgreichen Erkenntniss der Seelenkrankheit eben so weit abweichen, als wenn man diese rein spiritualistisch betrachtete. Vor Allem aber würde man dann eines Vortheils verlustig gehen, dessen Ausbeute in Angriff zu nehmen vielmehr hoch an der Zeit ist. Mag man die Seelenkrankheit als Nervenkrankheit behandeln; aber nicht blos in jener sind auch psychologische Prozesse und Gesetze zu erforschen, sondern längst hat die Medicin die Schuld gegen die Psychologie, auch in den übrigen und in den Nervenkrankheiten insbesondere die psychischen Erscheinungen zu studiren; eine alte Schuld, aber noch hat die Medicin nicht Miene gemacht, sie abzutragen. (Nur die Physiologen im engeren Sinne haben, so viel ich weiss, grosse Verdienste um jene Forschungen, die unter dem Namen der Psychophysik aufblühen. — Wenn die Aerzte nur von dem Psychologen lernen wollten, dann würden sie sofort Neigung und Fähigkeit gewinnen, ihn auch zu belehren. Das Krankenbett ist eine bedeutsame psychologische Beobachtungsstation, die dem Psychologen entzogen ist und daher dem Arzte die Pflicht auferlegt, sie theoretisch zu verwerthen.)

Dazu nun war Griesinger vorzüglich geneigt und geeignet;

nicht blos eine bedeutende Kenntniss der psychischen Esscheinungen, sondern ein hervorragendes Interesse an denselben war ihm eigen. Bis zum äussersten Mass konnte er*) selbst für das Detail des Verstellungsinhalts der Kranken sich interessiren. Er hatte Sinn und Richtung des wirklichen, wie man zu sagen pflegt, des gebornen Psychologen. Andere sowohl als sich selbst hat er fortwährend beobachtet; in Gesundheit und Krankheit, in allen Lagen des Körpers und des Gemüths, nach allen Richtungen und Erscheinungen.

Grade wie man bei den Aerzten für Körperleiden diejenigen, welche, selbst oft kränklich, zart und empfindsam und deshalb im Stande sind, sich in vielerlei Zustände ihrer Patienten hineinzudenken, — von denen (zum Vortheil und Nachtheil) unterscheidet, welche stark, robust, niemals leidend mancherlei Symptome, Beschwerden und Wahrnehmungen des Kranken nur von Hörensagen kennen, sich in dieselben nicht hinein, oder sie nicht innerlich-anschaulich sich denken können — und danach auch urtheilen und handeln müssen —: grade so wird es bei den psychischen Beobachtungen einen Unterschied machen, ob eine kalt und rauh gestimmte Seele, welche gleichsam gewisser Organe entbehrt, sie anstellt, oder eine warme, zart nüancirte Natur.

Für Griesinger kam noch hinzu, dass eine hohe Lebendigkeit an Geist und Gemüth, eine Jugendlichkeit der Auffassung, eine Receptivität wie die eines Studenten**) sich ihm ungeschwächt erhalten hatte. Beim Anblick des Kranken beherrschte ihn die Sehnsucht, Neues, Merkwürdiges, Interessantes wahrzunehmen, fast bis zu dem Fehler, es sofort auch zu vermuthen. So sehr war sein Interesse auf Belehrendes gespannt; aber er hat die Wahrheit gesehen, sobald die erste Spannung wieder nachliess.

Er besass wie Wenige die Kunst — zu hören! Wir sehen ihn wohl Alle noch, wie er — mit einer Hand die Augen bedeckend — den Vorträgen hier im Verein lauschte, mit gerechter Würdigung auch in den Debatten jeder Meinung folgend, im Resümé oder in Erwiderung jeden fruchtbaren Gedanken eines Andern mit Nachdruck hervorhebend.

Fremden Forschungen deshalb allezeit nicht blos zugänglich, sondern nachgehend, ist sein eigenes Denken immer im Fluss geblieben. Nirgends erscheint sein Denken in technischer Verhärtung.

Dank dieser Frische seines Geistes hat er auch die praktischen

---

*) Ausdrückliche Mittheilung.
**) Ausdrückliche Mittheilung.

Fragen des Irrenwesens immer wieder mit erneutem Eifer aufgenommen. Seine Meinungen darüber sind nicht dieselben geblieben; was er zuletzt gelehrt, das hatte er früher nicht gelehrt; er hat das auch mit grosser Offenheit ausgesprochen, jedesmal.

Hervorheben muss ich hier auch noch dies: so besonnen war er doch von früh auf, dass, als er in der ersten Auflage des Lehrbuchs von der Frage der „zwanglosen Behandlung“ zu reden hatte, er die Gründe aufführt, welche man dafür angegeben, dann führte er mit vieler Wärme und Energie die Gründe auf, welche dagegen sind — (die man heute von der andern Seite dagegen vorbringt) — und machte sie zu den eigenen; nichts desto weniger schliesst er mit dem Gedanken: übrigens werde man viele Erfahrungen abzuwarten haben, bevor man die Frage entscheiden könne. Da lag es nahe, als diese Erfahrungen gegen seine Ansicht gemacht waren, und als er Gelegenheit gesucht und gefunden hatte, diese Erfahrungen auch mit eigenen Augen zu sehen, dass er dann zu der anderen Meinung übergegangen ist.

Uebrigens, meine Herren, wir bewundern die Consequenz, wenn sie gleichbleibende Principien bei wachsender und wechselnder Erkenntniss der Thatsachen festhält; wir achten sie auch dann noch, wenn sie an die Stelle der absoluten Wahrheit sich setzt, sobald sie nur nicht durch egoistische Sophistik sich behauptet, sondern aus der persönlichen Macht der Ueberzeugung eine Assimilationskraft schöpft, welche das den Principien ursprünglich einwohnende Mass derselben überschreitet.

Wir bewundern, sage ich, die Consequenz, aber wir verehren die Wahrheitsliebe, welche stetiger Forschung offen, sich allezeit zu den Gedanken bekennt, welche aus den jeweiligen Erfahrungen und Gründen sich als die wahren darbieten.

Mit gutem Grund consequent sein zu können ist ein Glück; mit gutem Grund inconsequent zu sein ist ein Verdienst.

Diese Frage grade, in welcher in dem Sinne Inconsequenz bei Griesinger so deutlich hervorgetreten ist, nämlich die Reform der Irrenanstalten, ist also, wie Ihnen sattsam bekannt, augenblicklich Gegenstand des Streites. Mitten im Streit ist der Kämpfer gefallen. Es wird nicht an Männern fehlen, welche seine Waffen aufnehmen. Noch niemals ist ein Gedanke, wenn in ihm die Kraft zu leben war, dergestalt verwaist geblieben, dass sich nicht Träger und Vorkämpfer für ihn gefunden hätten. Und der Streit wird ausgefochten werden, und der Streit wird zum Ziele führen. Denn auf dem Gebiete des Geistes hat man längst als ein Entwicklungsgesetz erkannt, welches

auf das Gebiet der organischen Natur übertragen, so grosses und gerechtes Aufsehen erregt und als eine Entdeckung gepriesen wird; auf dem Gebiete des Geistes weiss man längst, dass nur durch den Kampf um das Dasein höhere Gestaltungen erst entstehen; nur durch gegeneinanderstehende Meinungen, nur durch die Kritik und den Kampf, den sie einander erzeugen, wird der Fortschritt der Erkenntniss bewirkt. Gründe werden gegen Gründe gestellt, und die tieferen, die zwingenderen, die helleren Gründe werden immer die siegreichen bleiben; Ueberzeugungen werden gegen Ueberzeugungen geführt, und die bessere, die edlere, die lichtvollere Ueberzeugung wird immer als siegende Wahrheit ihr Panier ausbreiten. Darum ob die eine ob die andere Seite einstweilen, was sage ich einstweilen, ob die eine oder die andere Seite auch in Zukunft siegen mag: das Verdienst dessen, der den Streit mit so viel Ernst und Energie betrieben hat, bleibt dabei das gleiche, ungeschmälert; denn für die Wahrheit hat er immer gekämpft, denn durch den Kampf wird sich die Wahrheit allmälig enthüllen.

Das wird der letzte, das wird der wahre Dank sein, der sich an dies Leben knüpft: dass künftig errungene Wahrheit das Andenken dessen bewahrt, den wir so in dieser Stunde gefeiert haben.

Zur Abwehr.

Von

Dr. Julius Sander.

Auf Seite 168 des 1. und 2. Heftes des 3. Bandes der Archivs für Anthropologie (1868) bespricht Herr Prof. Ecker meine im 2. Hefte dieses Archivs enthaltene Arbeit über zwei Mikrocephalengehirne. Ich habe daselbst Abbildungen von dem Gehirn des Friedrich Sohn gegeben und darauf aufmerksam gemacht, dass Vogt, dem nur der Schädelausguss desselben Individuum zugängig war, als lobus occipitalis (tab. X., D.) ein Stück des Cerebellum gedeutet hat. Ich habe ferner Vogt's Schlüsse, was das Mikrocephalengehirn angeht, für verfehlt erklärt, weil er nur Schädelausgüsse zu seinen Untersuchungen benutzt hat und weil solche nur mit allergrössester Vorsicht an Stelle von Gehirnen verwerthet werden dürfen. Dies giebt auch Herr Prof. Ecker in seinem Referat bedingt zu, aber er fügt nicht nur im Text, als er meine Abbildung citirt, ein „wenn richtig“ hinzu, sondern er sagt sogar in einer Note: „Nach einer eben vorgenommenen Vergleichung der Abbildung von Vogt, derjenigen von Sander und des Schädelausgusses (!!) möchte ich aber dennoch mehr der Vogt'schen Deutung des Lappens D. beistimmen.“ Gegen derartige Folgerungen muss ich mich ausdrücklich verwahren; das Gehirn, von dem meine Abbildung genommen ist, findet sich im Berliner anatomischen Museum, kann daher von jedem angesehen werden und ich möchte Herrn Prof. Ecker bitten, ehe er die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit eines Menschen in so unmotivirter Weise anzweifelt, künftig doch erst das streitige Object selbst in Augenschein zu nehmen. Dass der Schädelausguss für Vogt spricht, habe ich nie bezweifelt; ich wenigstens glaube aber, dass das Gehirn selbst mehr entscheidet, als der Ausguss, der doch im günstigsten Falle nur ein schwaches Abbild des Gehirns darstellt. —

Berlin, den 10. November 1868.

Taf. I



g. Frost. Berlin